

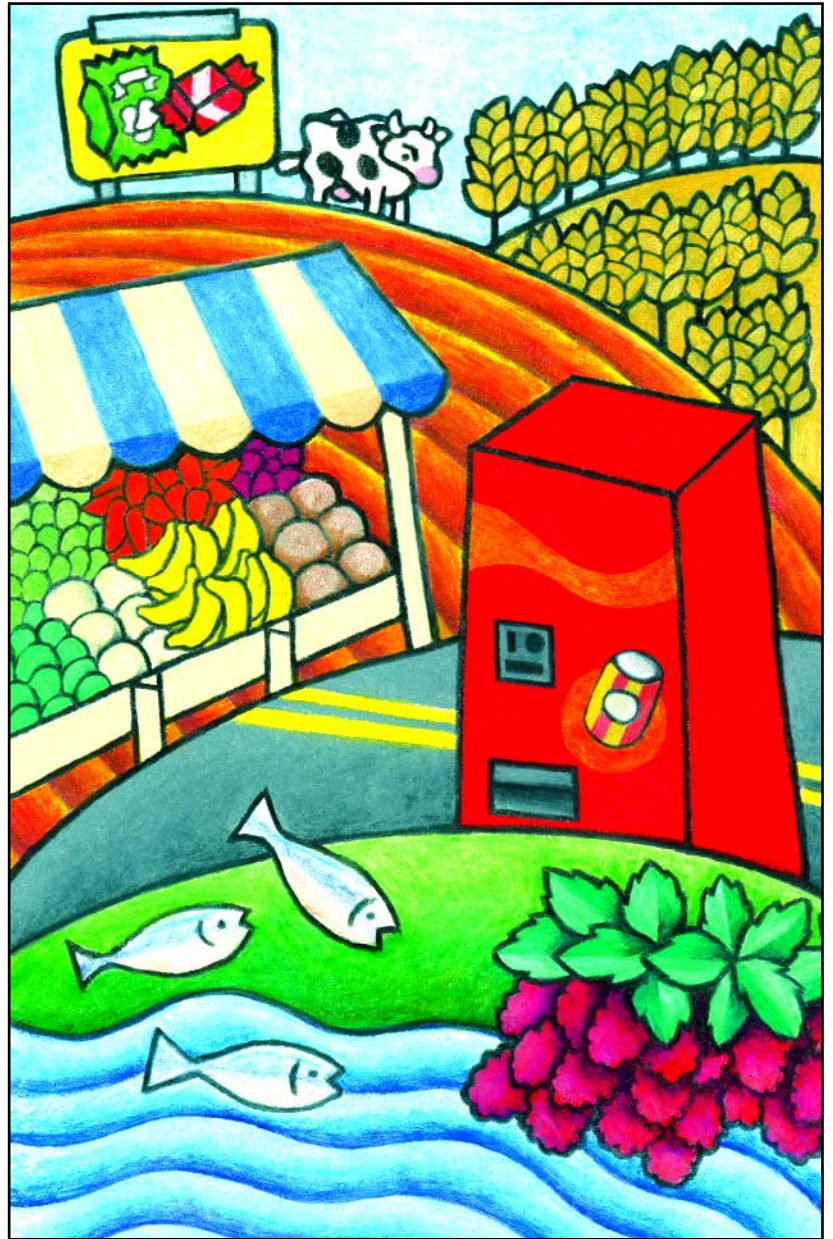


REVUE CANADIENNE DE

SANTÉ PUBLIQUE

VOLUME 96, SUPPLÉMENT 3 ■ JUILLET/AOÛT 2005

**Les facteurs qui
conditionnent nos
habitudes alimentaires**
Où en sont nos connaissances?



CANADIAN JOURNAL OF

PUBLIC HEALTH

VOLUME 96, SUPPLEMENT 3 ■ JULY/AUGUST 2005

Remerciements

Michelle Hooper et Ann Ellis du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (BPPN), de la Division générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada et Brenda McIntyre de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ont coordonné le projet à la base du présent supplément. Elles ont pu compter sur la collaboration de Sharon Kirkpatrick* lors des étapes préliminaires du projet, jusqu'à son départ du BPPN, en août 2003.

À l'exception de l'article de Kim Raine, tous les articles sont des sommaires d'examen synthèse portant sur les déterminants de la saine alimentation, préparés à la demande de Santé Canada. Nous désirons souligner la précieuse collaboration des nombreux spécialistes qui ont permis la production des rapports synthèse originaux sur lesquels s'appuient les articles de ce supplément, à savoir :

- Les réviseurs des rapports synthèse originaux : « Perceptions de la saine alimentation » : Gwen Chapman, University of British Columbia, Linda McCargar, University of Alberta, Judy Paisley, Ryerson University; « Enfants et jeunes » : Susan Evers, University of Guelph, Mary McKenna, University of New Brunswick; « Personnes âgées » : Shanthi Johnson, Acadia University, Heather Keller, University of Guelph; « Faible revenu » : Anne-Marie Hamelin, Université Laval, Lynn McIntyre, Dalhousie University, Patricia Williams, Mount Saint Vincent University; « Peuples autochtones » : Olivier Receveur, Université de Montréal, Valerie Tarasuk, University of Toronto, Mary Trifonopoulos, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; « Relation bidirectionnelle entre la santé mentale et l'alimentation » : Susan Barr, University of British Columbia, Patty Pliner, University of Toronto.
- Nous désirons également remercier les personnes qui ont fourni des commentaires ou avis additionnels : Helen Brown, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; Karen Cooper, Saskatchewan Health; Catherine Freeze, Prince Edward Island Department of Health and Social Services; Susan Crawford (anciennement de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada); Erica Di Ruggiero, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada; Danielle Brulé, BPPN; Suzanne Hendricks, BPPN; Isabelle Sirois, BPPN.

Bien que les personnes mentionnées plus haut aient émis des commentaires ou suggestions fort appréciés, elles n'avaient pas pour rôle d'endosser les conclusions ou recommandations des auteurs. Les réviseurs des rapports originaux n'ont pas revu les sommaires inclus dans le présent supplément. Chacun des auteurs est donc responsable de la version finale de son article et de toute erreur ou mauvaise interprétation des faits. Toutes les opinions exprimées sont celles des auteurs eux-mêmes; elles ne représentent pas nécessairement les positions de Santé Canada.

Ce supplément est disponible sur le site Web de l'Association canadienne de santé publique : www.cpha.ca et sur le site Web de Santé Canada : www.santecanada.ca/nutrition.

* Sharon Kirkpatrick est actuellement candidate au PhD au Department of Nutritional Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto.



Table des matières

Les facteurs qui conditionnent nos habitudes alimentaires Où en sont nos connaissances?

Renseignements à l'intention des auteurs

Les directives pour la soumission des manuscrits à la *Revue canadienne de santé publique* se trouvent au site web www.cpha.ca

Voulez-vous vous abonner à la RCSP? Avez-vous déménagé ou changé de nom?

Pour obtenir des informations sur l'abonnement à la RCSP ou pour modifier votre profil de membre ou d'abonné, veuillez contacter le bureau des abonnements, info@cpha.ca, ou composer le (613) 725-3769, poste 118.

www.cpha.ca

- S4 Avant-propos de Santé Canada
M. Bush
- S5 Avant-propos des Instituts de recherche en santé du Canada
J. Frank, D. Finegood
- S6 Préface
M. Hooper, S. Kirkpatrick, A. Ellis, B. McIntyre

ARTICLES ORIGINAUX

- S8 Les déterminants de la saine alimentation au Canada : aperçu et synthèse
K.D. Raine
- S16 Perceptions de la saine alimentation : état actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche
M.-C. Paquette
- S22 Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes
J.P. Taylor, S. Evers, M. McKenna
- S30 Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité
H. Payette, B. Shatenstein
- S36 Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada : état actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche
N.D. Willows
- S42 Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu
E.M. Power
- S49 La santé mentale et les comportements alimentaires : une relation bidirectionnelle
J. Polivy, C.P. Herman

Conseil d'administration

COMITÉ EXÉCUTIF

Présidente :

Sheilah Sommer, MSc, BScN

Présidente sortante :

Christina Mills, MD, FRCPC

Président désigné :

Ron de Burger, BA, CPH, CPHI(C)

Secrétaire honoraire :

Mary Martin-Smith, RN, BScN

Trésorier :

Paul Hanvey, BA, CA

Conseiller juridique honoraire :

David L.E. Charles, BSc, LLB

Ex officio:

Représentante des DAPT

Joan Riemer, BScN

Chef de la direction

Elinor Wilson, RN, PhD

Rédactrice en chef scientifique honoraire :

Patricia Huston, MD, MPH

REPRÉSENTANTS DES MEMBRES

Ms. Elaine Berthelet

Santé internationale

Dr. Brian Brodie

Administration des services de santé

Dr. Ian Gemmill

Promotion de la santé

Ms. Heather Ann Pattullo

Contrôle et lutte contre les maladies

Dr. Harvey Skinner

Équité et justice sociale

REPRÉSENTANTS DES DIVISIONS ET ASSOCIATIONS PROVINCIALES/TERRITORIALES

Dr. Minnie Wasmeier

*Président, Newfoundland and Labrador
Public Health Association*

Ms. Florence Tarrant

*Président, Public Health Association of Nova
Scotia*

Ms. Sharon Lawlor

*Président, New Brunswick/Prince Edward
Island Branch - CPHA*

Dr. Renald Bujold

*Président sortant, Association pour la santé
publique du Québec*

Ms. Connie Uetrecht

*Executive Director, Ontario Public Health
Association*

Mrs. Sue Hicks

Président, Manitoba Public Health Association

Ms. Joan Reimer

*Past President, Saskatchewan Public Health
Association*

Mr. Robert Campbell

Président, Alberta Public Health Association

Ms. Shannon Turner

*Président, Public Health Association of British
Columbia*

Ms. Jill Christensen

*Président, Northwest Territories/Nunavut
Branch - CPHA*

Ms. Jody Butler Walker

Président, Yukon Public Health Association

PRÉSIDENTE D'HONNEUR

**Son Excellence la très honorable
Adrienne Clarkson, CC, CMM, CD**

Gouverneure générale du Canada

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Son Excellence

John Ralston Saul, CC

ÉNONCÉ DE MISSION DE L'ACSP

L'Association canadienne de santé publique est un organisme bénévole, sans but lucratif, indépendant et national, représentant la santé publique au Canada, avec des liens auprès de la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP sont convaincus de la nécessité d'un accès équitable aux conditions de base qui sont indispensables pour réaliser la santé pour tous les Canadiens.

La mission de l'ACSP est de constituer une ressource nationale spécialisée au Canada qui soit en mesure de recommander des améliorations et (ou) des mesures assurant la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément à des principes reconnus de santé publique en matière de prévention des maladies, de promotion et de protection de la santé et de politique publique favorisant la santé.

La *Revue canadienne de santé publique* contribue à la mission de l'ACSP à travers la publication d'articles originaux, de critiques et de la correspondance sur tous les aspects de la santé publique et de la médecine préventive.

Bureaux de rédaction

**RÉDACTEURS SCIENTIFIQUES**

Rédactrice en chef scientifique :
Patricia Huston, MD, MPH

Rédacteurs scientifiques adjoints :
Denise Aubé, MD, FRCP
Clément Beaucage, MD, FRCP
Reg Warren, MA

PERSONNEL

Rédactrice en chef :
Elinor Wilson, RN, PhD

Rédactrice adjointe :
Karen Craven

Adjointe à la rédaction :
Debbie Buchanan

Conception graphique :
Ian Culbert

Directrice de la diffusion :
Joan Barbier info@cpha.ca

ISSN 0008-4263

COMITÉ DE RÉDACTION

Patricia Huston, MD, MPH
Rédactrice en chef scientifique

Denise Aubé, MD, FRCP

Clément Beaucage, MD, FRCP
Rédacteurs en chef adjoints

Elinor Wilson, RN, PhD
Rédactrice en chef

Sheilah Sommer, MSc, BScN
Présidente

Heather Maclean, MD
Représentante des membres

Reg Warren, MA

ILLUSTRATION DE LA COUVERTURE

Andrew Young

TRADUCTION

Louise Desmarais, M.A.
Isabelle Sirois, M.Sc., R.D.

**SIÈGE SOCIAL /
SOUMISSION DES ARTICLES**

Revue canadienne de santé publique
400-1565 avenue Carling
Ottawa (Ontario) Canada K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769
Télécopieur : 613-725-9826
Courriel : cjph@cpha.ca
www.cpha.ca

Les documents à publier doivent être soumis au rédacteur en chef scientifique.

PUBLICITÉ

Karen Craven
Ottawa (Ontario) Canada K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769
Télécopieur : 613-725-9826
Courriel : cjph@cpha.ca

Tous les articles publiés dans cette revue, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de l'Association canadienne de santé publique ou de l'établissement auquel l'auteur est affilié, sauf indication contraire.

La *Revue canadienne de santé publique* est publiée tous les deux mois par l'Association canadienne de santé publique. La cotisation de membre de l'Association donne droit à l'abonnement à la *RCSP*.

Numéro de convention de la Postes-publications 40062779. Numéro d'enregistrement 09853. Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada au : Service des publications, Association canadienne de santé publique, 1565 avenue Carling, suite 400, Ottawa, Ontario, K1Z 8R1, courriel : info@cpha.ca.

Abonnement : Canada 103,79 \$ par an, 7 % TPS comprise (111,55 \$ par an, 15 % TVH comprise), payable à l'avance; États-Unis 125,00 \$ par an et autres pays 161,00 \$ par an, payable à l'avance, en dollars canadiens. Exemplaire unique, 21,40 \$ canadiens, TPS comprise (23,00 \$ canadiens, TVH comprise); États-Unis 26,00 \$; international 31,00 \$. Tirés-à-part : on peut se procurer des tirés-à-part d'article, minimum de 50 exemplaires, auprès des bureaux de la *Revue* (prix disponible sur demande). On ne peut reproduire le contenu de la *Revue* qu'avec la permission préalable de la rédaction. Il est permis de copier un maximum de 30 articles à condition de bien indiquer la source.

Il faut adresser les changements d'adresses et demandes d'information sur les abonnements au bureau de la revue.

La *RCSP* est disponible sur microfilm auprès de University Microfilms International, Ann Arbor, Michigan et est abrégée par ProQuest et EBSCO.

Répertorié dans Canadian Periodical Index, Index Medicus, et Social Science Citation Index.

Avant-propos de Santé Canada

Mary Bush, M.Sc., R.D.

Le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition est fier d'avoir contribué à la réalisation du présent supplément. Ce recueil de sept articles s'appuie sur le travail remarquable de plus de 20 chercheurs canadiens en nutrition appliquée, en promotion de la santé ou en santé de la population.

L'alimentation est influencée par de nombreux facteurs, dont des facteurs d'ordre économique et social, et aussi par l'environnement physique, la capacité de faire des choix santé, le temps disponible, les habiletés culinaires et le pouvoir d'achat. Les efforts de promotion et de soutien de la saine alimentation doivent s'appuyer sur des données probantes détaillées.

Les parties intéressées ont souligné la nécessité de faire la synthèse des données probantes en matière de promotion et de soutien de la saine alimentation afin de dégager des priorités de recherche.¹ Les rapports originaux, rédigés en 2003-2004, renferment une synthèse de « ce que nous savons déjà » quant aux déterminants de la saine alimentation, tout en soulignant les lacunes au niveau des connaissances. Les articles du présent supplément de la Revue sont des sommaires de ces rapports. Il s'agit d'un premier pas en avant. Comme le soulignent les auteurs, il est impossible de préciser les interactions complexes des déterminants de la saine alimentation à la

lumière de la documentation disponible. Il faudra donc encourager la tenue d'études visant la collecte de données pouvant guider nos décisions en matière de politiques et de programmes. Il faudra aussi identifier les stratégies et interventions les plus efficaces de promotion et de soutien de la saine alimentation. Le présent projet n'avait toutefois pas pour objectif d'analyser l'efficacité de telles interventions.

Les articles seront mis à la disposition des universitaires, des décideurs et des intervenants communautaires en santé publique. En plus de présenter une synthèse de la littérature disponible et de dégager des pistes de recherche, ces articles pourraient appuyer des soumissions relatives à la mise en branle de nouvelles études visant à combler les lacunes au niveau des données probantes ainsi que les demandes de participation à de telles études. Des partenariats devront être mis en place entre des décideurs, des praticiens et des chercheurs. Le recours à d'autres disciplines permettra de mieux comprendre les facettes cachées du comportement alimentaire. Le soutien accru offert par les Instituts canadiens de recherche en santé en vue d'encourager la recherche multidisciplinaire et intersectorielle aidera grandement à combler les lacunes au niveau des données probantes, dans une optique de santé de la population.

Les efforts importants déployés actuellement au niveau international et partout au pays en vue de favoriser un mode de vie sain et de prévenir les maladies chroniques représentent une occasion à saisir. La pratique précède souvent l'obtention de données probantes en raison de l'urgence d'agir. La recherche devra tirer des leçons des expériences vécues, les évaluer et les surveiller, en vue d'obtenir les nouvelles données probantes indispensables à la prise de décision.

Le présent supplément est un appel à l'action. Notre quête de solutions devra être empreinte de créativité. En situant la saine alimentation dans le contexte plus vaste de la santé de la population, nous devons nous ouvrir à de nouveaux cadres conceptuels et à une collaboration avec d'autres secteurs et disciplines. En unissant nos efforts en vue d'approfondir nos connaissances, dans le cadre d'une approche cohérente, nous contribuerons collectivement à améliorer la santé nutritionnelle des Canadiens et des Canadiennes.

RÉFÉRENCE

1. Diane McAmmond and Associates. 2001. Promotion et mesures de soutien d'une saine alimentation : premier survol des lacunes au niveau des connaissances et des besoins en matière de recherche: Rapport sommaire, mars 2001. Consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/promotion_support_healthy_eating_f.html

Avant-propos des Instituts de recherche en santé du Canada*

John Frank, M.D., C.C.F.P., M.Sc., F.R.C.P.C.¹

Diane Finegood, Ph.D.²

Le présent supplément sur la saine alimentation tombe à point, compte tenu de l'augmentation alarmante de l'excès de poids et de l'obésité à l'échelle internationale. En plus de jouer un rôle important au niveau de la prévention et du traitement des maladies chroniques, la saine alimentation est un déterminant clé de la santé et du développement, à toutes les étapes de la vie. Un programme de recherche détaillé s'impose sans plus tarder au Canada en vue d'obtenir de nouvelles données probantes sur les déterminants de la saine alimentation. Un tel programme devrait permettre de résoudre de nombreux problèmes en s'appuyant sur de multiples disciplines et secteurs. On s'est davantage intéressé jusqu'à maintenant aux individus (c.-à-d. à la connaissance du Guide alimentaire canadien pour manger sainement). Il faudra désormais s'efforcer de mieux comprendre les déterminants sociaux, culturels et environnementaux qui influencent la saine alimentation dans l'ensemble de la société, aussi bien à l'échelle communautaire que régionale, provinciale ou nationale. Ainsi, il faudra examiner l'impact de la globalisation sur l'approvisionnement alimentaire de même que les facteurs qui entravent l'accès à des aliments acceptables, à prix raisonnable. Il faudra obtenir les données probantes indispensables à l'élaboration de politiques et de programmes pouvant améliorer considérablement la santé et la qualité de vie de *tous* les Canadiens et Canadiennes, peu importe leur revenu, leur niveau d'instruction, leur groupe ethnique ou l'endroit où ils travaillent, vivent, s'amuse ou étudient.

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

appuie la recherche sur les déterminants de la santé axée sur les facteurs bio psychosociaux qui influencent la santé et le bien-être tout au long de la vie, aussi bien à l'échelle individuelle que des populations¹. Comme le déclarait il y a 15 ans Geoffrey Rose, un éminent épidémiologiste contemporain, il faut absolument comprendre ce qui se passe « en amont », c.-à-d. les facteurs de risque qui influencent négativement des populations entières si on veut trouver des solutions efficaces aux problèmes de santé et renforcer l'infrastructure de la santé publique en collaboration avec d'autres secteurs². L'ISPP s'intéresse avant tout à la recherche action menée à l'échelle de la population ou des collectivités dans le but de mieux comprendre les facteurs sous-jacents qui influencent la santé, de façon à pouvoir intervenir en conséquence.

L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD) a clairement indiqué que la lutte à l'obésité dans l'optique d'un poids santé était sa priorité stratégique absolue³. Bien que l'obésité et l'excès de poids soient continuellement à la hausse, il faut se réjouir à l'idée qu'un tel fléau est réversible. De nombreuses instances gouvernementales et organisations non gouvernementales, telles que l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC), ont souligné la nécessité de combattre ce problème, tout autant que les facteurs de risque sous-jacents et leurs déterminants, à l'aide d'approches multisectorielles. Toutefois, on dispose de très peu de données probantes permettant d'augmenter l'efficacité des interventions. On ne dispose pas non plus de politiques et de programmes éprouvés, ayant un bon retour sur investissement,

prêts à mettre en œuvre dans le contexte canadien, en vue de modifier les facteurs d'ordre socioculturel et environnemental qui nuisent à la santé⁴. Il faudra identifier la contribution relative des mauvaises habitudes alimentaires par rapport à celle d'autres facteurs de risque, tels que l'inactivité physique, et surtout comprendre quels types d'interventions stratégiques pourraient être vraiment efficaces au niveau de la prévention et du traitement de l'excès de poids, tout en agissant sur les principaux facteurs de risque des maladies chroniques. La collaboration de l'INMD avec de nombreux partenaires, dont la Fondation canadienne des maladies du cœur, l'Association canadienne du diabète, l'Agence de santé publique du Canada et Santé Canada, augmente sa capacité de trouver des solutions à ce problème complexe.

En résumé, les pistes dégagées dans le présent supplément devraient contribuer à l'élaboration d'un programme de recherche pertinent sur la saine alimentation qui pourra servir à l'élaboration de programmes communautaires et de politiques de santé publique fondés sur des données probantes. Les IRSC sont heureux de poursuivre leur collaboration en ce sens avec le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, la nouvelle Agence de santé publique du Canada ainsi que d'autres acteurs importants.

RÉFÉRENCES

1. Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la santé publique et des populations (IRSC-ISPP). Localiser et canaliser les sources de la santé: Plan stratégique 2002-2007, Août 2002.
2. Rose GA. *The Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University Press, 1992.
3. Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (IRSC-INMD). Plan stratégique 2004-06: vers l'avenir, 2004.
4. Smedley BD, Syme SL. *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

1. Directeur scientifique, Institut de la santé publique et des populations

2. Directrice scientifique, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète

* Les auteurs souhaitent remercier Erica Di Ruggiero, directrice associée, Institut de la santé publique et des populations des IRSC du Canada, de sa collaboration à la rédaction de cet avant-propos.

Préface

Michelle Hooper, M.Sc.¹

Sharon Kirkpatrick, M.H.Sc., R.D.²

Ann Ellis, M.Sc., R.D.¹

Brenda McIntyre, M.H.Sc.³

La saine alimentation joue un rôle crucial au niveau de la santé globale, à tous les stades du développement, en plus de réduire le risque de nombreuses maladies chroniques. Le choix des aliments repose sur des décisions complexes qui sont influencées par la relation entre des facteurs individuels et collectifs, dans le contexte plus vaste de l'environnement social et physique. Il faut s'efforcer de mieux comprendre ces divers facteurs, ainsi que leurs interactions, en vue de mieux promouvoir la saine alimentation auprès de tous les Canadiens et Canadiennes. À l'heure actuelle, on observe des lacunes significatives au niveau des données probantes indispensables à l'élaboration de politiques et de programmes. Les articles faisant partie de ce supplément de la *Revue canadienne de santé publique* présentent des sommaires des rapports synthèse sur les déterminants de la saine alimentation rédigés récemment à la demande du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (BPPN) de Santé Canada.

Contexte

Un projet a été mis en branle en 2003-2004, dans le but de procéder à un examen synthèse de la littérature entourant les déterminants de la saine alimentation, suite aux recommandations émises dans le cadre d'une étude menée auprès de plus de 50 informateurs clés, qui avait débuté en 2001. Cette étude a permis d'obtenir une vue d'ensemble des principales lacunes au niveau des connaissances en matière de promotion et de soutien de la saine alimentation et de dégager des pistes de recherche relativement aux déterminants de la saine alimentation et à l'efficacité des interventions visant à la promouvoir¹. Les principaux informateurs consultés avaient alors insisté sur la nécessité de colliger, de synthétiser et de diffuser tout ce qu'on savait déjà en la matière. Ils souhaitaient ainsi faciliter l'identification de pistes de recherche, obtenir des données pouvant guider la prise de décision en matière de politiques et de financement et aussi mettre en œuvre et évaluer des pratiques exemplaires.

Portée des examens synthèse

On retrouve dans le plan d'action national sur la nutrition au Canada, intitulé *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, une analyse des multiples facteurs qui influencent la saine alimentation et la santé nutritionnelle. Ce plan d'action s'inscrit dans le Cadre pour l'amélioration de la santé de la population². Tous les examens synthèse s'inscrivent également dans ce Cadre qui tient compte des facteurs d'ordre individuel et collectif qui influencent la santé et de leurs interactions (voir Figure 1). On y définit la saine alimentation comme « les habitudes et comportements alimentaires qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé ». On retrouve dans les versions intégrales de chacun des examens synthèse (i) une synthèse de la littérature entourant les déterminants individuels et collectifs de la saine alimentation, (ii) les lacunes observées au niveau des connaissances relatives à ces déterminants et (iii) des pistes de recherche visant à combler de telles lacunes. Bien que les politiques et programmes représentent le fondement essentiel des interventions visant à

promouvoir et à favoriser la saine alimentation, l'examen critique des données probantes relatives à leurs rôles respectifs dépassait largement le cadre du présent projet.

Diverses approches ont été envisagées lors de la sélection des sujets à traiter dans les divers examens synthèse, l'objectif étant de retenir une approche pratique et réaliste qui pourrait vraiment faire avancer les connaissances relatives aux déterminants de la saine alimentation. Il a finalement été décidé d'orienter ces examens en fonction des étapes de la vie et de sous groupes de la population, dans le but de mieux comprendre les diverses relations entre les déterminants, un principe de base essentiel en matière de santé de la population. Cette approche allait dans le sens des conclusions de l'enquête menée auprès des informateurs clés. On y recommandait en effet de mener des études ciblant des groupes spécifiques de la population, de façon à mieux combler les lacunes au niveau des connaissances. Les priorités suivantes avaient alors été mentionnées en matière de promotion et de soutien de la saine alimentation : les groupes « enfants et adolescents », « personnes âgées » et « peuples autochtones », de même que « l'insécurité alimentaire » et le « poids santé ».

En s'appuyant sur ces priorités, ainsi que sur les besoins de programmes spécifiques, il a été décidé que les examens synthèse couvriraient les sujets suivants : les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les populations autochtones*, les populations à faible revenu, les perceptions de la saine alimentation et la relation bidirectionnelle entre la santé mentale et les comportements alimentaires. Au moment où les travaux ont débuté, une synthèse de la littérature entourant le « poids santé » était déjà en cours, dans le cadre d'un processus supervisé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)†. C'est pourquoi ce sujet n'a pas été traité dans le cadre de la présente série d'examen synthèse.

* L'examen synthèse sur les déterminants de la saine alimentation chez les Autochtones du Canada a été effectué en collaboration avec la Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

† Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population (Institut canadien d'information sur la santé, 2004) résulte de ces travaux.

1. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada
2. Candidate au Ph.D., Department of Nutritional Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto
3. Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Les versions intégrales des examens synthèse ont été rédigées par des chercheurs canadiens spécialisés en nutrition appliquée, en promotion de la santé ou en santé de la population. Les grandes lignes, de même que les versions préliminaires de ces examens, ont été révisées et commentées par deux ou trois pairs et aussi par les responsables du projet, à Santé Canada. Ainsi, 22 chercheurs canadiens ont participé, soit à titre d'auteurs ou de réviseurs, aux examens synthèse.

Synthèse

On retrouve dans chacun des articles une explication de la méthodologie utilisée en vue d'identifier la documentation devant faire l'objet d'un examen critique. Les auteurs ont surtout consulté des banques de données informatisées et des journaux scientifiques, au cours de l'année 2004, dans le but de recenser la documentation publiée au cours des 10 ou 15 dernières années, aussi bien en anglais qu'en français. Ils ont aussi tenu compte de la documentation publiée ailleurs qu'au Canada, après avoir vérifié l'applicabilité des conclusions au contexte canadien. Suite à l'examen synthèse de la documentation retenue, ils ont identifié les lacunes au niveau des connaissances et dégagé des pistes de recherche.

Vue d'ensemble

À l'exception du premier article rédigé par la D^{re} Kim Raine, les articles faisant partie du présent supplément sont des sommaires des versions originales d'examens synthèse préparés pour le compte du BPPN. L'article de la D^{re} Raine renferme un aperçu des interactions complexes des divers déterminants de la saine alimentation ainsi qu'un résumé des principales conclusions des examens synthèse originaux en faisant ressortir leurs répercussions potentielles sur les politiques de santé publique. L'article suivant porte sur les perceptions de la saine alimentation. La D^{re} Marie-Claude Paquette s'appuie sur des modèles théoriques permettant de supposer que les idéaux et les présomptions des individus en matière d'alimentation sont des déterminants clés des choix alimentaires. Les troisième et quatrième articles traitent des déterminants

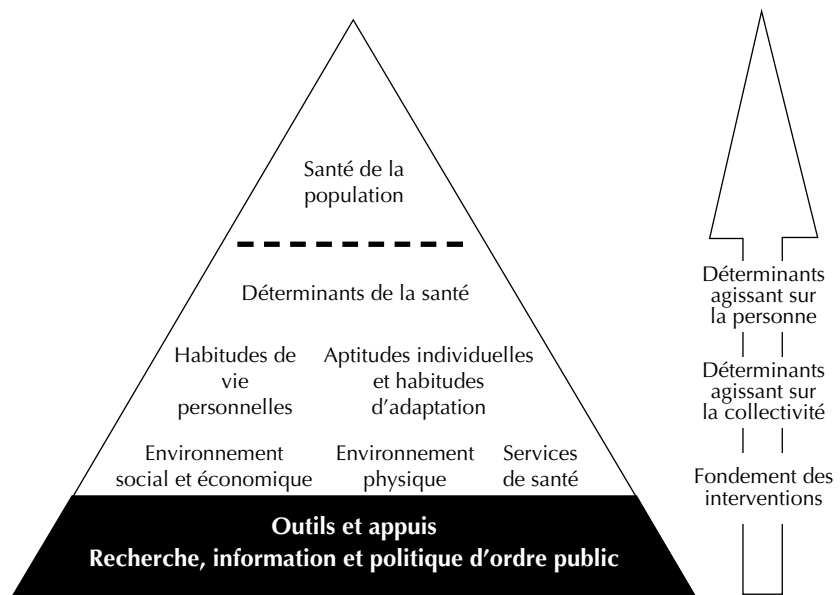


Figure 1. Cadre pour l'amélioration de la santé de la population³

de la saine alimentation qui semblent particulièrement importants à deux étapes distinctes de la vie. Ainsi, les D^{res} Jennifer Taylor, Susan Evers et Mary McKenna examinent les facteurs qui influencent la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, tandis que les D^{res} Hélène Payette et Bryna Shatenstein font la synthèse des principaux déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. L'article de la D^{re} Noreen Willows, présenté tout de suite après, traite des populations autochtones du Canada. Dans l'article suivant, la D^{re} Elaine Power examine les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu en s'inspirant d'un cadre théorique emprunté à la sociologie. Elle examine plus particulièrement les gradients socio-économiques des habitudes alimentaires, l'insécurité alimentaire et les inégalités observées en matière d'alimentation. Enfin, dans le dernier article, la D^{re} Janet Polivy et le D^r C. Peter Herman, examinent la relation bidirectionnelle entre la santé mentale et les comportements alimentaires.

On retrouve dans chacun des examens synthèse un sommaire de la documentation disponible, une identification des

lacunes au niveau des connaissances ainsi que des pistes de recherche visant à obtenir de nouvelles données probantes sur les déterminants de la saine alimentation en fonction de chacun des sujets traités. Les pistes de recherche dégagées dans le présent supplément devraient appuyer les efforts déployés à l'avenir en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie plus vaste permettant de recueillir les données probantes essentielles à la promotion et au soutien de la saine alimentation au Canada.

RÉFÉRENCES

1. McAmmond D and Associates. *Promotion et mesures de soutien d'une saine alimentation : premier survol des lacunes au niveau des connaissances et des besoins en matière de recherche: Rapport sommaire*. Mars 2001. Consulter : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onppbppn/promotion_support_healthy_eating_f.html
2. Comité directeur conjoint responsable de l'élaboration d'un Plan national de la nutrition au Canada. *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, 1996.
3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Préparé pour la Conférence des ministres de la Santé, Halifax, Nouvelle-Écosse, 14-15 septembre 1994.

Les déterminants de la saine alimentation au Canada

Aperçu et synthèse

Kim D. Raine, Ph.D., R.D.

RÉSUMÉ

Le présent article traite des interactions complexes observées au niveau des divers déterminants de la saine alimentation, dans une optique de santé de la population. Nous examinerons l'état actuel des connaissances à l'égard des déterminants de la saine alimentation à partir des catégories suivantes : 1) les déterminants individuels des choix alimentaires personnels et 2) les déterminants collectifs, à savoir a) les déterminants environnementaux en tant que contexte entourant les comportements alimentaires et b) les politiques publiques en tant que créatrices d'environnements favorables à la saine alimentation. Une synthèse de la littérature scientifique a révélé que les déterminants individuels des choix alimentaires (état physiologique, préférences alimentaires, connaissances en nutrition, perceptions de la saine alimentation et facteurs psychologiques) pouvaient expliquer en partie le comportement alimentaire, mais qu'ils ne pouvaient l'expliquer totalement, étant donné que ce comportement est fortement influencé par le contexte. On entend par déterminants collectifs du comportement alimentaire, une vaste gamme de facteurs contextuels, à savoir l'environnement interpersonnel composé de la famille et des pairs, l'environnement physique qui détermine la disponibilité des aliments et leur accessibilité, l'environnement économique dans lequel les aliments sont avant tout des produits mis en marché dans une optique de profit et enfin l'environnement social qui inclut à la fois le statut social (revenu, niveau d'instruction et sexe) et le milieu culturel. Tous ces déterminants de la saine alimentation peuvent structurer les choix alimentaires de façon plus ou moins consciente. On sait que l'adoption de politiques peut influencer fortement de multiples environnements, mais on comprend encore mal le processus d'intervention nécessaire à l'échelle macroscopique et le véritable impact des différentes interventions sur la promotion de la saine alimentation. De nouvelles études s'imposent sur les déterminants collectifs des choix alimentaires et le contexte politique entourant la promotion de la saine alimentation. En s'efforçant de mieux comprendre les multiples contextes entourant la saine alimentation, dans une optique de promotion de la santé de la population, on pourra dégager des priorités de recherche et concevoir des stratégies d'intervention en matière de promotion de la saine alimentation.

Mots clés : nutrition; promotion de la santé; santé publique; environnement social; politiques visant des populations

La promotion de la saine alimentation a un impact significatif sur l'amélioration de la santé des populations, aussi bien à l'échelle locale que globale. Ainsi, l'épidémie actuelle d'obésité observée au Canada et partout dans le monde est associée à la modification des habitudes alimentaires (et du niveau d'activité). Ce fléau a des répercussions significatives sur la santé publique.¹ Il est essentiel de bien comprendre les multiples facteurs qui influencent le comportement alimentaire, ainsi que leurs interactions, si on veut être en mesure de promouvoir et de favoriser la saine alimentation au Canada.

Le présent article renferme (1) un aperçu des déterminants de la saine alimentation résultant de la synthèse des connaissances disponibles à l'heure actuelle présentée dans les six articles inclus dans le présent supplément et (2) des pistes de recherche entourant la promotion de la saine alimentation qui s'appuient sur les lacunes observées au niveau des connaissances. Cette synthèse et ces pistes de recherche s'inscrivent dans l'optique du Modèle de promotion de la santé de la population (MPSP). « Le MPSP s'inspire d'une approche de **santé de la population** en soulignant la nécessité de tenir compte de toute la gamme des déterminants de la santé lorsqu'on veut améliorer la santé. Il s'inspire aussi de la **promotion de la santé** en soulignant la nécessité d'intervenir globalement au niveau des facteurs sous-jacents et des circonstances qui déterminent la santé »².

Dans une optique de santé de la population, on examine les interactions complexes des divers déterminants individuels (d'ordre biologique ou comportemental) et collectifs (d'ordre social, culturel, physique, économique et politique) de la santé. Par ailleurs, dans une optique de promotion de la santé de la population, on s'efforce non seulement de mieux comprendre les multiples contextes entourant la saine alimentation, mais aussi d'élaborer des stratégies de promotion de la saine alimentation incluant une vaste gamme d'interventions à l'échelle des populations. Ce mode de promotion de la santé va dans le sens des approches écologiques visant à promouvoir des modes de vie sains en s'appuyant sur des stratégies à paliers multiples en matière de santé publique^{3,4}. Les approches écologiques peuvent inspirer

Centre for Health Promotion Studies, University of Alberta

Correspondance et autorisation de reproduction : Kim D. Raine, 5-10 University Extension Centre, 8303 112 Street, University of Alberta, Edmonton, AB T5G 2T4, Tél. : 780-492-9415, Téléc. : 780-492-9579, Courriel : kim.raine@ualberta.ca

l'élaboration de stratégies visant à encourager les individus à adopter des modes de vie sains, tout en influençant la mise en place de politiques visant à faciliter les changements sociaux et culturels. On peut catégoriser ces stratégies à partir du palier ciblé sur le plan écologique, à savoir le palier individuel ou intrapersonnel (connaissances, attitudes et comportements individuels), le palier interpersonnel (famille et pairs), le palier institutionnel (écoles, milieux de travail), le palier communautaire (inter agences et intersectoriel) et le palier des politiques publiques³. Les paliers écologiques ne sont pas isolés, mais plutôt étroitement reliés.

Dans le présent article, on tient compte de l'impact des déterminants de la saine alimentation sur les stratégies d'intervention en promotion de la santé. Ces déterminants sont catégorisés comme suit : 1) les déterminants individuels des choix alimentaires personnels et 2) les déterminants collectifs, à savoir a) les déterminants environnementaux en tant que contexte entourant les comportements alimentaires et b) les politiques publiques en tant que créatrices d'environnements favorables à la saine alimentation. Une telle classification ne vise pas à isoler les déterminants de la saine alimentation qui sont intimement reliés, mais plutôt à aider le lecteur à mieux comprendre l'état actuel des connaissances au niveau des déterminants de la saine alimentation. Elle vise aussi à faire ressortir les interventions prioritaires en matière de promotion de la saine alimentation et à identifier les lacunes pouvant faire l'objet d'études subséquentes.

Les choix alimentaires personnels en tant que déterminants individuels du comportement alimentaire

À première vue, il semble que les comportements alimentaires d'une personne, qu'ils soient sains ou non, relèvent uniquement d'un choix personnel. Après tout, chez la majorité des personnes non institutionnalisées, le fait de se mettre des aliments dans la bouche est un acte purement individuel. Pourtant, les choix alimentaires personnels sont façonnés par divers déterminants individuels ou collectifs du comportement. Dans la présente section, on insiste sur les déterminants individuels, à savoir l'état physiologique, les préférences alimentaires, les connaissances en nutri-

tion, les perceptions de la saine alimentation et les facteurs psychologiques.

Les influences physiologiques

Le comportement alimentaire est influencé par le développement physiologique au début de la vie⁵, tout comme il est influencé par la dégénérescence entraînée par le vieillissement vers la fin de la vie⁶. Tout au long de l'enfance, la qualité de l'alimentation semble se détériorer avec l'âge, peut-être en raison du développement émotionnel et social qui procure aux enfants un plus grand contrôle sur leurs choix alimentaires. D'autres déterminants individuels entrent alors en jeu, tels que les préférences alimentaires et les connaissances en nutrition⁵. Tout au long du processus de vieillissement, l'état de santé et le niveau d'habiletés fonctionnelles influencent les comportements reliés à l'alimentation⁷⁻⁹. On peut mettre certaines ressources communautaires à la disposition des personnes âgées en vue de les aider à se procurer et à préparer des aliments sains. On leur permet ainsi d'avoir une saine alimentation malgré les changements physiologiques qui peuvent affecter leur état de santé¹⁰⁻¹².

Les préférences alimentaires

Bien que les préférences alimentaires soient avant tout d'ordre individuel et qu'elles puissent même être d'origine physiologique (p. ex., la préférence innée pour le goût sucré et l'aversion pour les goûts plus amers), des normes sociales et culturelles déterminent également les diverses préférences alimentaires. Ainsi, on rapporte une préférence pour les aliments traditionnels chez les peuples autochtones¹⁴⁻²⁰. Les préférences alimentaires des enfants sont probablement guidées uniquement par le goût¹³, tandis que chez les adultes des facteurs externes (tels que des indices environnementaux) contribuent davantage à ces préférences. La préférence marquée pour les aliments sucrés, observée couramment chez les enfants, s'estompe avec l'âge, tandis que celle pour les aliments à forte teneur en lipides perdure¹³. L'« anorexie physiologique du vieillissement »^{21,22} est associée à une détérioration du goût et de l'odorat ainsi qu'aux changements métaboliques entraînés par le vieillissement.

Les connaissances en nutrition

Il a été démontré que les enfants et les adolescents comprenaient globalement la rela-

tion entre la façon de s'alimenter et la santé^{23,24}. Toutefois, l'examen des études entourant le sujet, effectué par Taylor, a révélé des contradictions quant à la véritable influence des connaissances sur les choix alimentaires chez ces groupes d'âge⁵. Chez les personnes âgées, une forte sensibilisation à la nutrition et à la santé est associée à une meilleure alimentation et à de meilleurs apports en nutriments²⁵⁻²⁹, tandis que chez les populations adultes, les connaissances en nutrition et les perceptions de la saine alimentation sont étroitement reliées.

Les perceptions de la saine alimentation

Paquette³⁰ définit comme suit les perceptions de la saine alimentation : « L'interprétation, la compréhension, les points de vue, les attitudes et les croyances du grand public (...) à l'égard de la saine alimentation, des aliments à consommer pour rester en santé et des aliments sains. » (p. S16) Des modèles théoriques permettent de supposer que les principaux déterminants des choix alimentaires sont les idéaux et les présomptions relatives aux aliments^{31,32}, ces dernières incluant les perceptions de la saine alimentation.

Parmi les perceptions du grand public à l'égard de la saine alimentation, mentionnons la consommation de légumes, de fruits et de viande, la diminution du sucre, des lipides et du sel, ainsi que les concepts de variété et de modération³⁰. Toutes ces perceptions semblent être influencées par les recommandations nutritionnelles en vigueur qui ont pour but d'améliorer à la fois les connaissances en nutrition et les habitudes alimentaires. Toutefois, d'autres éléments importants de ces recommandations, entre autres la consommation de produits céréaliers et de produits laitiers, ne font habituellement pas partie des perceptions des gens à l'égard de la saine alimentation. Des éléments autres que nutritionnels semblent également être au centre des perceptions des gens à l'égard de la saine alimentation dont l'importance de consommer des aliments frais, non transformés ou entièrement préparés à la maison, ainsi que le concept d'équilibre³⁰.

Les perceptions de la saine alimentation sont imprégnées des interprétations culturelles entourant les aliments et la santé. Ainsi, comme le souligne Willows³³ : « Les

choix alimentaires inspirés des valeurs culturelles autochtones ne correspondent pas toujours à la perception « occidentale » de la valeur nutritive des aliments. » (p. S38) En plus d'être nécessaires à la survie, les aliments traditionnels favorisent la santé en raison de leur valeur intrinsèque. Le concept à l'effet qu'un aliment quelconque puisse nuire à la santé, même un « aliment acheté au magasin », est fort difficile à saisir chez les Autochtones puisqu'il va à l'encontre de la culture³³.

Les facteurs psychologiques

L'examen de Polivy et Herman³⁴ révèle ce qui suit : « Parmi les facteurs psychologiques d'ordre individuel qui influencent l'alimentation, mentionnons certains traits de personnalité, tels que l'estime de soi, l'image corporelle, une tendance aux privations alimentaires (ou régimes répétitifs), de même que l'humeur et le centre d'attention. » (p. S50) Les auteurs soulignent fort à propos la relation bidirectionnelle observée entre l'acte de manger et divers états psychologiques. Ainsi, les facteurs psychologiques influencent les choix alimentaires, tandis que les choix alimentaires influencent le bien-être psychologique³⁴.

Malgré le nombre significatif d'études menées au cours de la dernière décennie relativement à l'influence des facteurs psychosociaux sur la saine alimentation, à la fois chez les enfants et les adultes, la capacité de prédiction de divers modèles incluant des variables psychosociales demeure faible quant à la consommation alimentaire individuelle (p. ex., théorie de l'action raisonnée, théorie socio cognitive, modèle transthéorique)³⁵. Ces modèles sont constamment raffinés et améliorés en vue de mieux saisir comment certaines facettes des facteurs environnementaux influencent divers comportements, dont la saine alimentation.

Sommaire des déterminants individuels de la saine alimentation

Les choix alimentaires personnels sont façonnés par divers déterminants individuels du comportement alimentaire dont l'état physiologique, les préférences alimentaires, les connaissances en nutrition, les perceptions de la saine alimentation et divers facteurs psychologiques. Bien que les déterminants individuels puissent expliquer en partie le comportement alimen-

taire, ils ne peuvent l'expliquer complètement. La saine alimentation repose sur des choix complexes qui dépassent largement le niveau individuel, le comportement alimentaire étant fortement contextuel.

Les déterminants collectifs, 1^{ère} partie : les déterminants environnementaux de la saine alimentation en tant que contexte entourant le comportement individuel

Dans le présent article, le terme « environnement » regroupe une vaste gamme de facteurs contextuels qui influencent le comportement alimentaire. L'environnement peut être plus ou moins familier ou circonscrit, comme par exemple l'environnement interpersonnel qui est composé de la famille et des pairs. L'environnement peut également exercer son action en l'absence de sensibilisation et de contrôle immédiats. Ainsi, l'accessibilité aux aliments et leur disponibilité dépendent de l'environnement physique. Dans l'environnement économique, on considère les aliments comme des produits servant à générer des profits, tandis que dans l'environnement social, certains déterminants de la saine alimentation, dont le statut social et le milieu culturel, influencent parfois subrepticement certains choix alimentaires. On explique dans la présente section l'état actuel des connaissances entourant les déterminants environnementaux de la saine alimentation ainsi que les interactions des divers environnements.

Les influences interpersonnelles sur la saine alimentation

La famille revêt une grande importance au niveau des choix alimentaires des enfants, étant donné qu'il s'agit du premier environnement social immédiat dans lequel les enfants acquièrent et mettent pratique leurs habitudes alimentaires^{36,37}. La famille peut aussi bien avoir des effets positifs que négatifs sur les habitudes alimentaires de tous membres de la famille, peu importe l'âge. Ainsi, l'examen de Polivy et Herman³⁴, révèle que « la famille contribue à l'apparition de comportements alimentaires déviants ou de troubles alimentaires, à la consommation de plus grandes quantités d'aliments chez les enfants souffrant d'un excès de poids, ainsi qu'à la consommation de certaines quantités de fruits et de légumes ». (p. S51) La façon dont la famille

s'approvisionne en nourriture et la répartition des aliments entre les membres de la famille sont des pratiques qui varient en fonction du sexe du parent responsable. Ainsi, les mères se sacrifient souvent lorsque les ressources alimentaires se font rares dans le but d'assurer un apport alimentaire approprié à leurs enfants et de les protéger contre la faim³⁸. À mesure que les enfants avancent en âge, l'influence familiale diminue en faveur des nouvelles relations sociales qui se nouent à l'extérieur du foyer³⁹. L'influence des pairs et de diverses autres personnes peut se prolonger tout au long de la vie en agissant au niveau de la perception des normes alimentaires, tout particulièrement lorsqu'on mange en compagnie d'autres personnes³⁴. Chez les personnes âgées, l'isolement social semble avoir un impact négatif sur l'apport alimentaire, surtout chez les hommes⁶. On constate que les familles sont profondément ancrées dans un environnement social plus vaste, comme le démontrent les différences observées entre les sexes au niveau des méthodes d'approvisionnement alimentaire et de la façon de s'alimenter lorsqu'on est isolé socialement, de même que l'influence des diverses relations extra familiales sur le comportement alimentaire. L'environnement social sera traité plus en détail dans une section subséquente.

L'environnement physique en tant que déterminant de la saine alimentation

On entend par environnement physique tous les facteurs qui influencent l'accessibilité aux aliments et leur disponibilité. Il est évident qu'on ne peut pas s'alimenter sainement lorsque les aliments sains ne sont ni disponibles, ni accessibles. Bien que l'approvisionnement alimentaire soit abondant au Canada, comme le démontrent les données relatives à la consommation apparente des aliments⁴⁰, on ignore la contribution nutritive exacte des aliments disponibles. Ainsi, est-ce que les aliments disponibles au Canada, considérant les quantités offertes, constituent un « panier d'aliments national » permettant de respecter les recommandations en vigueur en matière d'alimentation et de nutrition? Par ailleurs, on observe de grandes différences au niveau de la production, du transport, de la distribution (c.-à-d. marché régulier ou organismes de bienfaisance) et de la façon de se procurer des

aliments (à partir de la terre ou au magasin) dans un pays aussi diversifié que le Canada sur le plan géographique et culturel. On peut aussi acheter des aliments dans divers services alimentaires selon les collectivités ou encore en milieu de travail ou à l'école.

Le rôle de l'environnement physique est encore plus prononcé dans les collectivités nordiques ou éloignées où habitent en grande majorité les peuples autochtones. Comme le souligne Willows³³, les changements observés au niveau de l'environnement physique sont associés au développement technologique (c.-à-d. barrages hydro-électriques, déforestation). La contamination environnementale qui en résulte nuit à la disponibilité des aliments traditionnels. Le remplacement de ces derniers par des aliments commerciaux ne favorise pas nécessairement la saine alimentation. En effet, en raison des frais de transport élevés et des problèmes de conservation reliés à certains aliments, les magasins offrent plus souvent des aliments non périssables moins nutritifs (p. ex., boissons gazeuses, croustilles). L'interrelation des environnements physique et économique apparaît alors clairement puisque ce sont les stratégies de gestion des stocks mises de l'avant par les gérants des magasins qui déterminent la disponibilité des aliments³³.

Le rôle de l'environnement physique en tant que déterminant de la saine alimentation est un peu moins apparent chez les populations urbaines. On constate toutefois que cet environnement n'a pas vraiment été construit en vue de favoriser la saine alimentation. Ainsi, les supermarchés offrant des aliments sains à moindre coût sont pratiquement absents dans les collectivités à faible revenu³⁸ et dans les environs des résidences de personnes âgées⁶. La plupart des grands supermarchés étant installés près des autoroutes, il faut s'y rendre en automobile. Par ailleurs, les restaurants qui offrent des aliments de moins bonne valeur nutritive s'installent la plupart du temps en milieu urbain, plus particulièrement dans les quartiers à faible revenu⁴¹. Étant donné que le faible revenu semble être le dénominateur commun de l'accessibilité physique aux aliments, l'interrelation des environnements physique et économique semble évidente.

Même dans des environnements physiques « contrôlés ou captifs », tels que les écoles, le fait d'offrir des aliments à

faible valeur nutritive plutôt que des aliments plus sains influence probablement les choix alimentaires⁵. On peut créer un environnement favorable à la saine alimentation en adoptant des politiques de nutrition dans les écoles, incluant des clauses telles que l'approbation préalable des menus servis à l'école et des aliments vendus dans les divers magasins scolaires, l'élaboration de lignes directrices relatives aux boîtes à lunch et l'offre d'aliments plus sains lors des activités de collecte de fonds⁴². Il s'agit d'un bel exemple des interrelations complexes des déterminants de la saine alimentation puisque les politiques de nutrition à l'école pourraient même aller à l'encontre de la notion de profit. Ce point sera discuté plus en détail dans la section portant sur l'environnement économique.

On observe aussi des interactions des environnements social, économique et physique dans le contexte du système de distribution des aliments géré par des organismes de bienfaisance au Canada, surtout au niveau des banques alimentaires. Étant donné que les banques alimentaires sont désormais institutionnalisées au Canada⁴³, elles représentent un canal de distribution où les Canadiens à faible revenu se procurent régulièrement leurs aliments, ou du moins une partie de ceux-ci. C'est pourquoi ces banques sont considérées partie intégrante de l'environnement physique. Une étude canadienne portant sur la valeur nutritive des aliments offerts dans les banques alimentaires permet de supposer que cette population n'a peut-être pas accès à une quantité suffisante d'aliments sains⁴⁴.

L'environnement économique en tant que déterminant de la saine alimentation

Dans le système d'économie de marché en vigueur au Canada, l'environnement économique, dans lequel les aliments sont considérés comme des produits pouvant générer du profit, influence considérablement les habitudes alimentaires. Les messages publicitaires ciblent de plus en plus les jeunes enfants. Ceux-ci sont particulièrement vulnérables, compte tenu de leur manque d'esprit critique en tant que consommateurs. Les spécialistes du marketing s'appuient en outre sur la forte influence des enfants et des jeunes au niveau des comportements d'achat des per-

sonnes qui en sont responsables et aussi sur les sommes d'argent considérables dont disposent les enfants et les jeunes d'aujourd'hui⁴⁵. Comme le souligne Taylor⁵, à partir d'un très jeune âge, les enfants sont bombardés de messages publicitaires télévisés, la grande majorité de ces messages faisant la promotion d'aliments à teneur élevée en lipides et en sucre sans encourager la consommation des fruits et légumes. L'exposition à de tels messages médiatiques influence certains déterminants individuels de la saine alimentation, tels que les préférences alimentaires et les perceptions de la saine alimentation. En effet, ces messages transmettent souvent des informations douteuses dans l'unique but de vendre des aliments spécifiques, sans faire la promotion de l'alimentation globale⁵. Par ailleurs, les adultes sont loin d'être insensibles aux messages des médias³⁴.

En plus de concevoir de tels messages, les spécialistes du marketing font également la promotion d'aliments moins bons pour la santé dans des environnements physiques spécifiques (écoles, milieux de travail). La prolifération des machines distributrices offrant des boissons gazeuses dans les écoles n'est qu'un exemple parmi d'autres des interactions des environnements physique et économique. Bien que la vente de boissons gazeuses ne soit pas une pratique courante dans les écoles primaires du Canada, elle l'est dans la plupart, sinon la totalité des écoles secondaires. De nombreux campus universitaires ont même signé des contrats d'exclusivité qui visent avant tout à engendrer une fidélité à la marque⁴⁶ avec des fabricants de boissons gazeuses. Comme le souligne fort à propos Power dans son examen³⁸, l'industrie alimentaire est avant tout axée sur le profit, ce qui va souvent à l'encontre de la promotion de la saine alimentation^{47,48}. En raison des stratégies de marketing qu'elle utilise, l'industrie alimentaire joue un rôle significatif au niveau du façonnement des normes sociales entourant l'alimentation. L'environnement économique et l'environnement social interagissent alors en tant que déterminants de la saine alimentation.

De nombreuses expériences de formation en nutrition ont été tentées dans des établissements de vente au détail ou des services alimentaires, en partenariat avec

l'industrie alimentaire. L'objectif visant à motiver les gens à consommer des aliments sains a été plus ou moins atteint⁴⁹. On a aussi utilisé des stratégies fondées sur le prix en vue de faire la promotion d'aliments sains. Une évaluation de l'efficacité des messages en nutrition par rapport à celle d'une réduction de prix a révélé qu'une réduction de prix pourrait s'avérer encore plus efficace que la diffusion de messages reliés à la santé en vue de favoriser la consommation d'aliments sains⁵⁰. Une telle constatation s'avère particulièrement importante quant à l'octroi de subsides. En y réfléchissant bien, toutefois, il faut reconnaître que l'industrie alimentaire n'acceptera de telles stratégies que dans la mesure où elles lui seront profitables. Les politiques publiques, qui feront l'objet d'une section subséquente, sont un autre moyen pouvant inciter les corporations à vocation économique à créer un environnement social qui favorise davantage le choix d'aliments sains.

Il a été clairement démontré qu'au Canada « le principal obstacle à la saine alimentation [est] un revenu insuffisant »³⁸ (p. S44). En tant que déterminant de la saine alimentation, l'insuffisance de revenu touche plusieurs groupes sociaux, notamment les enfants⁵, les personnes âgées et les peuples autochtones. Dans un système d'économie de marché, les personnes ayant un revenu insuffisant pour se procurer une saine alimentation, peu importe les raisons, qu'il s'agisse de prestations insuffisantes du bien-être social, d'un salaire minimum insuffisant ou du coût élevé des aliments sains ou d'une saine alimentation, ne peuvent pas jouer leur véritable rôle en tant que consommateurs. Il est vrai qu'en améliorant certains déterminants individuels, tels que les connaissances en nutrition, on pourrait aider ces personnes à mieux se débrouiller, mais, comme l'a démontré clairement l'examen de Power³⁸, la plupart des Canadiens et des Canadiennes à faible revenu font déjà preuve d'une grande débrouillardise : « Il a été démontré que les ménages à faible revenu obtiennent plus de nutriments pour chaque dollar consacré à l'alimentation que les ménages à revenu plus élevé ». (p. S44)

Divers projets communautaires ont été mis de l'avant, tels que des conseils de politiques alimentaires, en tant que modèles de promotion de la saine alimentation fondés

sur une amélioration des déterminants physiques et économiques de la saine alimentation. Ces projets facilitent, par exemple, l'accès à une variété d'aliments nutritifs, à prix abordable. Ainsi, le *Toronto Food Policy Council (TFPC)* du *Toronto Board of Health* a été mis en place en 1990, en vue de répondre aux besoins de la population urbaine à faible revenu. Le *TFPC* est une organisation unique en son genre qui compte parmi ses membres des représentants de grandes corporations alimentaires, de fermes conventionnelles ou organiques, de coopératives, de syndicats, de groupes de défense de la justice sociale et de groupes religieux, de même que du Conseil de ville. De nombreuses parties intéressées s'engagent ainsi vers l'atteinte d'un but commun, au niveau communautaire et bien au-delà. Le Conseil de ville appuie certains programmes, entre autres le programme *Field to Table* (de la ferme à la table), qui permet à des résidents urbains à faible revenu d'entrer en contact avec des fermiers qui cherchent un marché pour leurs produits et aussi de cultiver des jardins sur les toits ou dans des espaces communautaires. Sur le plan local, le *TFPC* vise à « appuyer les efforts à plus long terme visant à élaborer des politiques à l'échelle municipale et provinciale en vue d'aider les fermiers de l'Ontario, tout en fournissant aux habitants de Toronto des aliments nutritifs et de qualité, produits dans le respect de l'environnement »⁵¹. De nouvelles études s'imposent en vue de vérifier si les approches communautaires axées sur les déterminants économiques de la saine alimentation pourraient être couronnées de succès dans divers autres contextes canadiens. Ainsi, il faudra vérifier si ces approches ont un impact sur les quantités d'aliments offertes et sur les habitudes alimentaires, si elles influencent les politiques visant à promouvoir des environnements qui favorisent la saine alimentation à l'échelle de la population et finalement, si elle peuvent améliorer la santé de la population à la longue.

L'environnement social en tant que déterminant de la saine alimentation

Il a été clairement démontré dans les sections précédentes que la nourriture et l'acte de manger revêtent des significations qui vont bien au-delà du simple fait de se nourrir sur les plans physique et émotion-

nel. L'acte de manger est un acte social qui dépend fortement, non seulement des interprétations individuelles relatives à la saine alimentation, telles qu'influencées par les recommandations nutritionnelles et les stratégies de marketing, mais aussi des environnements physique et économique qui déterminent quels aliments sont disponibles et à quel prix. La nourriture et l'acte de manger jouent aussi un rôle sur les plans social, culturel et symbolique puisqu'ils peuvent resserrer les liens communautaires en intensifiant le sens d'appartenance et l'entraide mutuelle^{52,53}. Il est généralement impossible de porter un regard critique sur son propre environnement social et sa propre culture. En effet, les gens sont tellement imprégnés des normes socioculturelles qu'ils prennent pour acquis la façon dont se déroule leur vie quotidienne. L'environnement social déconnecte de plus en plus les gens de la source même des aliments. On achète désormais les aliments dans des supermarchés ou des restaurants plutôt que de se les procurer directement à partir de la ferme, de la terre ou de la mer. Le contexte social actuel ne valorise pas non plus la préparation des aliments à la maison; il favorise plutôt la consommation d'aliments congelés ou vite faits. Il est désormais beaucoup moins important de partager des repas avec d'autres personnes. L'économie de temps étant devenue primordiale, on a recours à des services de « commandes au volant » et on consomme de plus en plus d'aliments prêts à emporter ou prêts à manger⁴⁵. Les aliments continuent pourtant à faire partie de diverses célébrations (étapes de la vie ou traditions), étant donné que la nourriture et l'acte de manger ont une forte connotation sociale.

Il est plus facile de comprendre sa propre culture en examinant d'autres cultures. Ainsi, comme le souligne Willows³³ : « Pour mieux comprendre comment la culture influence les choix alimentaires chez les communautés autochtones, il importe de constater que les activités mises en branle pour se procurer des aliments traditionnels vont bien au-delà du simple fait de se procurer de la nourriture. En effet, il s'agit plutôt d'un mode de production qui renforce les relations sociales et l'enracinement culturel ». (p. S37) On retrouve aussi cette forte dimension sociale de la nourriture et de l'acte de manger au sein de la culture

dominante au Canada, tel que mentionné précédemment. Le rôle important de la nourriture au niveau du maintien des relations sociales et du respect des spécificités culturelles n'a donc rien de nouveau ni d'étonnant.

La question à se poser désormais est la suivante : Est-ce qu'on choisit sa destinée culturelle ou est-ce qu'on accepte tout simplement les « choix » dictés par des intérêts contraires à la promotion de la santé ? Dans le cas où, comme le souligne Power³⁸ : « En supposant que l'une des conditions indispensables à l'amélioration des habitudes alimentaires chez les Canadiens (...) réside dans une amélioration de la culture alimentaire dominante et des normes alimentaires, (...) il s'avère important de mieux définir les cultures et normes alimentaires observées au pays en vue de pouvoir trouver des moyens efficaces de les faire évoluer dans le bon sens ». (p. S45) Le fait d'examiner les pratiques alimentaires dans un contexte politique plus large permet d'évaluer la possibilité de mettre en place un contexte culturel et un environnement social plus favorables à la promotion de la saine alimentation.

Les déterminants collectifs, 2^e partie : la mise en place d'environnements favorisant la saine alimentation par le recours à des politiques de santé publique

Les politiques guident nos choix en définissant ce qui est considéré important. Les individus respectent parfois des règles implicites en matière d'alimentation. Ainsi, ils peuvent faire leurs choix à la lumière des préférences familiales, de la valeur nutritive, du coût, de la protection de l'environnement, de motifs religieux ou de nombreuses autres motivations. Les politiques adoptées à l'échelle locale, régionale ou nationale peuvent avoir un impact significatif sur les choix alimentaires collectifs et donc agir en tant que déterminants de la saine alimentation. La capacité d'effectuer des changements macroscopiques dans l'environnement social, dans une optique de saine alimentation, dépend, en partie, de la volonté politique.

Parmi les approches politiques les moins controversées et les plus reconnues en matière de promotion de la saine alimentation, mentionnons les recommandations nutritionnelles qui visent avant tout à

améliorer les connaissances en nutrition et les perceptions de la saine alimentation. Santé Canada favorise la santé nutritionnelle et le bien-être de la population canadienne en collaborant à la définition, la promotion et la mise en oeuvre de politiques et de normes nutritionnelles fondées sur des preuves scientifiques. Il a publié à cet effet des documents tels que le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*⁵⁴ et les *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes*⁵⁵. Ces documents appuient les politiques, les normes et les programmes entourant la nutrition et la santé, partout au pays. Ils servent de fondements à de nombreux projets faisant la promotion d'un mode de vie sain. Le plan national d'action sur la nutrition, intitulé *La nutrition pour un virage santé : voies d'action (1996)*⁵⁶ s'appuie sur un modèle de santé de la population. Il définit les orientations stratégiques visant à encourager l'élaboration de politiques et de programmes à partir d'un processus coordonné et intersectoriel qui renforce les partenariats existants ou en crée de nouveaux, en insistant sur une utilisation efficace du peu de ressources disponibles. Il encourage toute recherche pertinente visant à améliorer la santé nutritionnelle des Canadiens et des Canadiennes.

Des politiques visant à protéger l'environnement naturel en vue de conserver l'approvisionnement alimentaire, telles que des mesures visant à prévenir la contamination industrielle des aliments et de l'eau, pourraient favoriser la saine alimentation à l'échelle macroscopique. Par ailleurs, les politiques agricoles et économiques influencent conjointement l'offre de denrées alimentaires sécuritaires, nutritives et à prix abordable.

Compte tenu des données probantes reliant le faible statut socio-économique et les inégalités sociales à une moins bonne alimentation et à un statut nutritionnel inférieur, les politiques de redistribution du revenu et celles qui fournissent un filet de sécurité sociale (impôt sur le revenu, impôts provinciaux sur les soins de santé) vont dans le sens de la promotion de la santé. Le maintien et la redéfinition du filet de sécurité sociale en vigueur au Canada pourraient permettre de promouvoir la saine alimentation. Certaines politiques spécifiques pourraient aussi influencer la saine alimentation, telles

qu'un rajustement des mesures de soutien du revenu afin de garantir les ressources financières indispensables à l'achat des composantes d'une saine alimentation, tel que recommandé dans *La nutrition pour un virage santé : voies d'action (1996)*⁵⁶.

Dans une culture consumériste, les politiques protègent les consommateurs en faisant contrepois aux stratégies de marketing axées sur le profit plutôt que sur la santé. Ainsi, on pourrait subventionner la vente d'aliments ayant une faible valeur énergétique et une forte teneur en nutriments à l'aide d'une politique fiscale consistant à taxer suffisamment les aliments ayant une valeur énergétique élevée et une faible teneur en nutriments pour nuire à leur vente⁵⁷. De telles politiques pourraient promouvoir la saine alimentation en encourageant l'achat d'aliments qui sont meilleurs pour la santé grâce à une modification des prix⁵⁸. Cette politique de taxation a déjà été utilisée avec succès dans certaines juridictions; soit en vue de décourager l'achat de grignotines⁵⁹ ou encore de générer des revenus qui sont ensuite consacrés à la promotion de la santé⁶⁰. Le système de TPS/HST en vigueur au Canada a déjà été suggéré comme modèle potentiel de modification de la structure de prix des aliments⁴¹. De nombreuses études s'imposent relativement à l'acceptabilité de telles politiques auprès du public et sur le niveau de taxation ou de financement à atteindre en vue de motiver véritablement les gens à modifier leurs comportements de consommation.

Dans le même ordre d'idées, compte tenu du temps d'exposition à des messages publicitaires portant sur des aliments, dont la majorité font la promotion d'aliments de faible valeur nutritive, on pourrait adopter des politiques visant à imposer des restrictions au niveau de la publicité. Compte tenu de l'opposition probable des corporations et des défenseurs des libertés civiles, il est important de reconnaître que l'appui du public s'avère essentiel à l'adoption et au succès de telles politiques⁵⁹. Des études s'imposent en vue d'évaluer l'impact sur la saine alimentation des restrictions actuelles imposées en matière de publicité, comme l'interdiction de la publicité destinée aux enfants au Québec⁶¹. Il faudra également examiner le rôle de la compétence médiatique au niveau de l'augmentation de la résistance aux messages publicitaires. Aussi

bien dans le cas de la taxation que dans celui de la publicité, on recommande de s'inspirer des réussites observées en matière de lutte au tabagisme en tenant compte, bien sûr, des différences entre le tabac et les produits alimentaires. La conception d'interventions environnementales efficaces à l'échelle macroscopique, dans une optique de promotion de la saine alimentation, requiert des investissements significatifs au niveau de la recherche.

L'adoption de politiques peut influencer fortement de multiples environnements. Ainsi, les recommandations nutritionnelles ont été formulées en fonction d'un environnement où on retrouve de multiples messages, souvent contradictoires, en matière d'alimentation et de nutrition. Elles ont pour but de créer un environnement favorisant des choix individuels judicieux. Des politiques de protection de l'environnement pourraient permettre de contrôler la pollution industrielle, ce qui protégerait en même temps l'approvisionnement alimentaire. Des politiques économiques pourraient augmenter la capacité de se procurer des aliments. Des politiques sociales pourraient aider les Canadiens et Canadiennes défavorisés à devenir plus autonomes en faisant contre-poids aux intérêts économiques des corporations guidées uniquement par le profit et aussi contribuer à l'instauration d'une culture de consumérisme alimentaire, ce qui créerait un contexte culturel et un environnement social favorables à la saine alimentation.

SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

Dans le présent article, on traitait des interactions complexes observées au niveau des divers déterminants de la saine alimentation, dans une optique de santé de la population. Bien que les déterminants de la saine alimentation soient intimement reliés, notre synthèse des connaissances actuelles en matière de déterminants de la saine alimentation était organisée de la façon suivante, dans le but d'en favoriser la compréhension : 1) les déterminants individuels des choix alimentaires personnels, 2) les déterminants collectifs, à savoir a) les déterminants environnementaux en tant que contexte entourant les comportements alimentaires et b) les politiques publiques en tant que créatrices d'environnements

favorables à la saine alimentation. Les déterminants individuels des choix alimentaires (état physiologique, préférences alimentaires, connaissances en nutrition, perceptions de la saine alimentation et facteurs psychologiques) ne suffisent pas à expliquer le comportement alimentaire personnel étant donné que ce comportement est fortement influencé par le contexte. On entend par déterminants collectifs du comportement alimentaire, une vaste gamme de facteurs contextuels, à savoir l'environnement interpersonnel composé de la famille et des pairs, l'environnement physique qui détermine l'accessibilité aux aliments et leur disponibilité, l'environnement économique dans lequel les aliments sont avant tout des produits mis en marché dans une optique de profit et enfin l'environnement social qui inclut le statut social (revenu, niveau d'instruction et sexe) et le milieu culturel. Tous ces déterminants de la saine alimentation peuvent structurer les choix alimentaires de façon plus ou moins consciente. Par ailleurs, l'adoption de politiques pourrait influencer fortement de multiples environnements.

Cette synthèse globale des déterminants de la saine alimentation a permis de faire ressortir une pénurie de données attribuable, entre autres, à l'absence quasi-totale de système de surveillance des aliments, de la nutrition et de la santé. L'adoption d'un système de surveillance canadien exhaustif et intégré permettrait de recueillir les informations de base nécessaires à la compréhension des déterminants de la saine alimentation à tous les niveaux. Une surveillance continue permettrait en outre d'évaluer l'impact des diverses interventions.

En essayant de mieux comprendre les déterminants de la saine alimentation dans une optique de promotion de la santé de la population, on pourra dégager des priorités de recherche et définir les interventions prioritaires en matière de promotion de la saine alimentation. On observe actuellement de nombreuses lacunes au niveau des connaissances relatives aux déterminants individuels de la saine alimentation et des lacunes encore plus significatives au niveau des déterminants collectifs. Il est essentiel de comprendre les interactions complexes des multiples environnements et le contexte politique entourant les choix alimentaires individuels en vue de mieux orienter

les efforts visant à promouvoir et à favoriser la saine alimentation au Canada. On observe actuellement des lacunes importantes au niveau de la définition du processus d'intervention nécessaire et des politiques qui s'imposent à l'échelle macroscopique. On connaît mal l'impact de telles interventions sur la promotion de la saine alimentation. C'est pourquoi il faudra investir significativement dans la recherche entourant les déterminants environnementaux des choix alimentaires et le contexte politique à mettre en place, dans une optique de promotion d'une saine alimentation.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. WHO Technical Report Series No 894. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Genève, Suisse: Auteur, 2000.
2. Hamilton N, Bhatti T. Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé. [mise à jour du 29 nov. 2002; cité le 9 sept. 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/php/php.htm>.
3. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* 1988;15(4):351-77.
4. Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *Am J Health Promot* 1996;10(4):270-81.
5. Taylor J. Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes du Canada. *Rev can santé publique* 2005;96(Suppl. 3):S22-S29.
6. Payette H, Shatenstein B. Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. *Rev can santé publique* 2005;96(Suppl. 3):S30-S35.
7. Payette H, Gray-Donald K, Cyr R, Boutier V. Predictors of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. *Am J Public Health* 1995;85(5):677-83.
8. Gray-Donald K. The frail elderly: Meeting the nutritional challenges. *J Am Diet Assoc* 1995;95(5):538-40.
9. Keller HH, Østbye T, Bright-See E. Predictors of dietary intake in Ontario seniors. *Rev can santé publique* 1997;88(5):305-9.
10. Finley B. Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease: Practical approaches to quality care. *J Am Diet Assoc* 1997; 97(10 Suppl 2):S177-80.
11. Payette H, Ferland G. La malnutrition chez les personnes âgées démentes : étiologie, évolution et efficacité des interventions. Dans : *La collection l'année gériatrique*. Paris, France : Maison Serdi, 1999;131-45.
12. Shatenstein B, Ferland G. Absence of nutritional or clinical consequences of decentralised bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal. *J Am Diet Assoc* 2000;100(11):1354-60.
13. Drewnowski A. Taste preferences and food intake. *Annu Rev Nutrition* 1997;17(1):237-53.
14. Brody H. *Living Arctic: Hunters of the Canadian North*. Vancouver/Toronto: Douglas & McIntyre, 1987.
15. Wein EE, Freeman MM. Inuvialuit food use and food preferences in Aklavik, Northwest

- Territories, Canada. *Arctic Med Res* 1992;51(4):159-72.
16. Kuhnlein HV. Factors influencing use of traditional foods among the Nuxalk people. *J Can Diet Assoc* 1989;50:102-8.
 17. Kuhnlein HV. Change in the use of traditional foods by the Nuxalk native people of British Columbia. *Ecol Food Nutrition* 1992;27(3-4):259-82.
 18. Trifonopoulos M. Anthropometry and diet of Mohawk schoolchildren in Kahnawake [Masters thesis]. Montreal, QC: McGill University, 1995.
 19. Bernard L, Lavallee C, Gray-Donald K, Delisle H. Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing. *J Am Diet Assoc* 1995;95(7):800-2.
 20. Bernard L, Lavallee C. Eating habits of Cree school children: A pilot study. Montreal, QC: Community Health Department, Montreal General Hospital, 1993.
 21. Morley JE, Thomas DR. Anorexia and aging: Pathophysiology. *Nutrition* 1999;15(6):499-503.
 22. Morley JE. Decreased food intake with aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(Spec No 2):81-88.
 23. Pirouznia M. The correlation between nutrition knowledge and eating behavior in an American school: The role of ethnicity. *Nutr Health* 2000;14(2):89-107.
 24. Birch LL. Children's preferences for high fat foods. *Nutr Rev* 1992;50(9):249-55.
 25. Murphy SP, Davis MA, Neuhaus JM, Lein D. Factors influencing the dietary adequacy and energy intake of older Americans. *J Nutr Educ* 1990;22(6):284-91.
 26. McIntosh WA, Kubena KS, Walker J, Smith D, Landmann WA. The relationship between beliefs about nutrition and dietary practices of the elderly. *J Am Diet Assoc* 1990;90(5):671-76.
 27. Toner HM, Morris JD. A social-psychological perspective of dietary quality in later adulthood. *J Nutr Elderly* 1992;11(4):35-53.
 28. Lahmann PH, Kumanyika SK. Attitudes about health and nutrition are more indicative of dietary quality in 50- to 75-year-old women than weight and appearance concerns. *J Am Diet Assoc* 1999;99(4):475-78.
 29. Shatenstein B, Nadon S, Ferland G. Determinants of diet quality among Quebecers aged 55-74. *J Nutr Health Aging* 2004;8(2):83-91.
 30. Paquette M-C. Perceptions of healthy eating: State of knowledge and research gaps. *Rev can santé publique* 2005;96(Suppl. 3):S16-S21.
 31. Falk LW, Bisogni CA, Sobal J. Food choice processes of older adults: A qualitative investigation. *J Nutr Educ* 1996;28(5):257-65.
 32. Furst T, Connors M, Bisogni CA, Sobal J, Falk LW. Food choice: A conceptual model of the process. *Appetite* 1996;26(3):247-65.
 33. Willows N. Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada : état actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Rev can santé publique* 2005;96(Suppl. 3):S36-S41.
 34. Polivy J, Herman CP. La santé mentale et les comportements alimentaires : une relation bidirectionnelle. *Rev can santé publique* 2005;96(Suppl. 3):S49-S53.
 35. Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J. Psychosocial correlates of dietary intake: Advancing dietary intervention. *Annu Rev Nutr* 1999;19:17-40.
 36. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev* 2001;2(3):159-71.
 37. Baranowski T, Smith M, Hearn MD, Lin LS, Baranowski J, Doyle C, et al. Patterns in children's fruit and vegetable consumption by meal and day of the week. *J Am Coll Nutr* 1997;16(3):216-23.
 38. Power EM. Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu. *Rev can santé publique* 2005;96(Suppl. 3):S42-S48.
 39. Rozin P, Vollmecke TA. Food likes and dislikes. *Annu Rev Nutr* 1986;6:433-56.
 40. Statistique Canada. Statistiques sur les aliments 2001. Ottawa, ON : Ministère de l'Industrie, 2003.
 41. Raine K. Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
 42. Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev* 2001;59(Suppl. 3):57-65.
 43. Tarasuk VS, Maclean H. The institutionalization of food banks in Canada: A public health concern. *Rev can santé publique* 1990;81(4):331-32.
 44. Jacobs Starkey L, Kuhnlein HV. Montreal food bank users' intakes compared with recommendations of Canada's Food Guide to Healthy Eating. *Can J Diet Pract Res* 2000;61(2):73-75.
 45. Schlosser E. *Fast Food Nation: The Dark Side of the All-American Meal*. New York, NY: Perennial, 2002.
 46. Nestle M. Soft drink "pouring rights": Marketing empty calories. *Public Health Rep* 2000;115(4):308-19.
 47. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004 Jan;79(1):6-16.
 48. Nestle M. *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley, CA: University of California Press, 2002.
 49. Schmitz KH, Jeffery RW. Prevention of obesity. In: Wadden TA, Stunkard AJ (Eds.), *Handbook of Obesity Treatment*. New York, NY: The Guilford Press, 2002;556-93.
 50. Battle Horgen K, Brownell KD. Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychol* 2002;21(5):505-12.
 51. Toronto Food Policy Council. Toronto Food Policy Council [Web Page]. Available at <http://www.ryerson.ca/~foodsec/food-policy/>. (Accessed 2002 Dec).
 52. Stone DA. *Policy Paradox and Political Reason*. Glenview, IL: Scott, Foresman, 1988.
 53. DeVault M. *Feeding the Family: The Social Organization of Caring as Gendered Work*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1991.
 54. Santé Canada. Guide alimentaire canadien pour manger sainement [mise à jour du 1^{er} oct. 2002; cité le 3 mars 2003]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html.
 55. Santé et Bien-être social Canada. Action concertée pour une saine alimentation : recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application. Ottawa, ON: Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1990.
 56. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. La nutrition pour un virage santé : voies d'action. Ottawa, ON: Santé Canada, 1996. Disponible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/nutrition_health_agenda_f.html
 57. Nestle M, Jacobson MF. Halting the obesity epidemic: A public health policy approach. *Public Health Rep* 2000;115(1):12-24.
 58. Jeffery RW. Public health strategies for obesity treatment and prevention. *Am J Health Behav* 2001;25(3):252-59.
 59. Battle Horgen K, Brownell KD. Policy change as a means for reducing the prevalence and impact of alcoholism, smoking and obesity. In: Miller WR, Heather N (Eds.), *Treating Addictive Behaviors*. New York, NY: Plenum Press, 1998;105-18.
 60. Jacobson MF, Brownell KD. Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health. *Am J Public Health* 2000;90(6):854-57.
 61. Advertising Standards Canada. *Canadian Code of Advertising Standards*. Toronto, ON: ASC, 2004.

Perceptions de la saine alimentation

État actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche

Marie-Claude Paquette, Ph.D.

RÉSUMÉ

De façon à promouvoir efficacement la saine alimentation auprès des Canadiens et des Canadiennes et à la favoriser, il importe de mieux comprendre les facteurs qui influencent les comportements alimentaires. Les perceptions de la saine alimentation peuvent être vues comme l'un des nombreux facteurs qui influencent les habitudes alimentaires. Dans le cadre du présent examen, on entend par perceptions de la saine alimentation « l'interprétation, la compréhension, les points de vue, les attitudes et les croyances du grand public et des professionnels de la santé à l'égard de la saine alimentation, des aliments à consommer pour rester en santé et des aliments sains ».

Le présent article a pour but d'examiner et de synthétiser la documentation scientifique entourant les perceptions de la saine alimentation et de faire ressortir l'état actuel des connaissances ainsi que les principales lacunes à cet égard. Nous avons identifié la documentation pertinente des dernières vingt années en consultant des banques de données, l'Internet, des articles publiés dans des journaux scientifiques choisis ainsi que leurs listes de référence.

Les articles retenus pour cet examen suggèrent une certaine homogénéité quant aux perceptions de la saine alimentation en dépit du fait que les études aient été menées dans différents pays, auprès de personnes des deux sexes, de divers groupes d'âge et de statuts socio-économiques différents. On constate que les perceptions de la saine alimentation sont généralement fondées sur les choix alimentaires. Ainsi, les fruits et les légumes étaient invariablement reconnus en tant que composantes d'une saine alimentation. Certaines caractéristiques des aliments, telles que la connotation « naturel » et la teneur en matières grasses, en sucre et en sel, jouaient aussi un rôle important au niveau des perceptions de la saine alimentation. Bien que certains concepts reliés à la saine alimentation, tels que l'équilibre, la variété et la modération, aient souvent été mentionnés, on observait de la polysémie à leur égard, c'est-à-dire qu'ils pouvaient revêtir différentes significations en fonction des personnes.

Le manque de connaissances relatives aux perceptions de la saine alimentation représente la principale lacune identifiée lors du présent examen des connaissances. Plus de recherches sont nécessaires pour se procurer des données additionnelles sur les perceptions de la saine alimentation en général et sur l'influence sur les perceptions de messages provenant de diverses sources, telles que les entreprises agroalimentaire, et surtout sur le rôle des perceptions de la saine alimentation en tant que déterminants des choix alimentaires.

Mots clés : manger; perceptions; alimentation; attitudes; habitudes alimentaires

Institut national de santé publique du Québec

Correspondance et autorisation de reproduction : Marie-Claude Paquette, Institut national de santé publique du Québec, Bureau 9.100, 500 René-Lévesque Ouest, Montréal, Québec H2M 1W7, Courriel : marie_claude027@yahoo.ca

De façon à promouvoir efficacement et à favoriser la saine alimentation auprès des Canadiens et des Canadiennes, il importe de mieux comprendre les facteurs qui influencent les comportements alimentaires. À la lumière de modèles théoriques, on peut supposer que les idéaux individuels ainsi que les suppositions conscientes ou tacites relatives aux aliments sont les déterminants clés des choix alimentaires^{1,2}. Les perceptions de la saine alimentation peuvent être vues comme influentes sur la santé nutritionnelle dans son sens large, telle que définie dans le Cadre pour la santé de la population³.

L'évolution rapide de la science de la nutrition au cours du dernier siècle a complexifié la définition d'aliments sains⁴. Ainsi, de nombreuses composantes des aliments, entre autres le type de matières grasses, doivent désormais être prises en compte pour évaluer les effets sur la santé. De plus, les consommateurs doivent en outre combiner les aliments de façon à avoir de saines habitudes alimentaires dans les diverses circonstances entourant l'acte de manger. Face à une telle complexité, les gens sont avides d'informations sur les aliments et la nutrition issues de multiples sources, telles que la télévision, les étiquettes des aliments, l'industrie agroalimentaire et les professionnels de la santé^{5,6}. Confrontés à des informations qui peuvent varier considérablement selon les sources⁷, les gens doivent d'abord se faire une opinion sur le sujet, avant de pouvoir décider de l'utilité et de l'applicabilité de ces informations dans leur vie de tous les jours.

Pour évaluer comment les messages actuels de promotion de la santé sont interprétés et mis en pratique dans la vie quotidienne, il est essentiel de mieux comprendre les perceptions du public à l'égard de la saine alimentation. On pourra ainsi concevoir des messages et interventions plus efficaces en matière de saine alimentation.

Le présent examen des connaissances vise deux objectifs : 1) examiner et synthétiser la littérature scientifique entourant les perceptions de la saine alimentation chez les enfants, les adolescents, les adultes et les professionnels de la santé et 2) identifier les lacunes au niveau de la recherche et dégager des pistes de recherche sur le sujet. Dans le cadre de cet examen, on entend par perceptions de la saine alimentation « l'interprétation, la compréhension, les

points de vue, les attitudes et les croyances du grand public (enfants, adolescents et adultes) et des professionnels de la santé à l'égard de la saine alimentation, des aliments à consommer pour rester en santé et des aliments sains ».

Compte tenu des multiples perceptions et interprétations potentielles de la saine alimentation, le présent examen des connaissances s'inscrit dans une perspective constructiviste⁸⁻¹⁰. On considère donc que la saine alimentation est construite au sein de diverses réalités, qu'elle a de nombreuses significations, qu'elle est dynamique et évolutive dans le temps.

MÉTHODOLOGIE ENTOURANT LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons consulté des banques de données, effectué des recherches dans Internet, examiné les journaux scientifiques pertinents et consulté les listes de références de divers articles afin de recueillir des données sur la perception de la saine alimentation. Dans le but d'identifier la documentation scientifique publiée au Canada ou à l'échelle internationale entre 1980 et 2004, nous avons consulté les banques de données MEDLINE, PubMed, Sociological Abstracts, ERIC, CAB abstracts, PsycINFO, AgeLine, FRANCIS, CINAHL à partir des termes suivants : *nutrition, médecine, sociology, psychology, aging, nursing* et *education*. Nous avons ensuite classifié les résultats obtenus à partir de ces mots clés sous deux grands termes, à savoir le terme « *eating* » (mots clés : *healthy eating, food choice, food habit, food* et *food selection*) et le terme « *perceptions* » (mots clés : *perception, lay conceptualization, conception, meaning, belief, attitude, interpretation, conceptualization* et *meaning*). Après avoir entrecroisé ces termes, nous avons examiné les résultats et les abrégés à l'écran avant d'imprimer la documentation pertinente.

Nous avons également consulté d'autres sources afin de compléter les informations obtenues à l'aide des canaux plus traditionnels. Ainsi, nous avons communiqué par courriel avec certaines personnes, consulté les sites Web d'associations professionnelles et d'organisations reliées à la santé et obtenu des rapports inédits du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada. Bien que la docu-

mentation ainsi recueillie ne soit généralement pas évaluée par les pairs, elle fournit des informations complémentaires essentielles, compte tenu de la pénurie actuelle d'articles scientifiques portant sur les perceptions de la saine alimentation.

Nous avons examiné soigneusement tous les articles et rapports avant de les retenir dans le cadre du présent examen. Parmi les critères de sélection utilisés, mentionnons : 1) les études devaient avoir pour objectif d'explorer les perceptions de la saine alimentation ou, tout au moins, traiter de certains aspects de la saine alimentation au niveau des résultats ou conclusions et 2) les études devaient respecter la méthodologie scientifique. De façon à évaluer la justesse de la méthodologie, nous avons examiné la validité interne, la confiance et l'objectivité des études quantitatives ainsi que la transférabilité, la fiabilité, la confirmabilité et la crédibilité¹⁰ des études qualitatives. Nous avons finalement retenu 38 études dans le cadre du présent examen.

Étant donné que les perceptions sont probablement influencées par la culture, nous avons décidé de ne pas prendre pour acquis, dès le départ, que les perceptions de la saine alimentation observées chez un groupe particulier à l'extérieur du Canada étaient semblables à celles des Canadiens et Canadiennes, ou que les perceptions étaient homogènes au Canada. Ces différences culturelles limitent la transférabilité des conclusions, il faudra donc répéter les études menées dans d'autres régions ou pays. Toutefois, les études provenant d'autres pays n'ont pas été exclues compte tenu de la pénurie actuelle de données canadiennes.

Les perceptions du public à l'égard de la saine alimentation

On retrouve dans les sections qui suivent une discussion des éléments fondamentaux entourant les perceptions de la saine alimentation qui sont apparus récurrents lors de notre examen de la documentation, à savoir 1) les légumes et les fruits, 2) la viande, 3) certaines composantes des aliments : matières grasses, sel et sucre, 4) certains aspects entourant la qualité des aliments : aliments frais, non transformés ou entièrement préparés à la maison et 5) les concepts d'équilibre, de variété et de modération.

La majorité des études retenues explo- raient les perceptions de la saine alimenta-

tion chez les adultes. Étant donné que les études menées auprès de divers groupes d'âge, entre autres des personnes âgées (65 ans et plus), des enfants ou des adolescents, ne révélaient aucune différence majeure entre les perceptions des adultes et celles de ces divers groupes, nous avons décidé de regrouper les résultats dans la présente section, peu importe le groupe d'âge visé, tout en faisant ressortir les quelques différences observées. Compte tenu du faible nombre d'études portant sur les différences observées au niveau des perceptions en fonction du statut socio-économique, nous avons également regroupé ces résultats dans cette section.

Bien que les études retenues ne proviennent pas toutes du Canada, notre examen des connaissances a clairement révélé que les perceptions étaient relativement homogènes, peu importe le pays. Il s'avère donc justifié de comparer les perceptions de la saine alimentation observées dans ces études avec les recommandations nutritionnelles en vigueur au Canada. En général, les perceptions du public à l'égard de la saine alimentation semblent être fortement influencées par les recommandations nutritionnelles dans lesquelles on souligne justement l'importance de consommer des légumes, des fruits^{11,12} et de la viande^{11,12}, tout en limitant les quantités de matières grasses et de sel¹¹. On y insiste également sur la variété^{11,12} et la modération¹². Toutefois, certains éléments qui ressortent comme essentiels pour une saine alimentation sont absents des recommandations nutritionnelles actuelles. Ainsi, on n'y mentionne pas l'importance de consommer des aliments frais, non transformés ou entièrement préparés à la maison, ni celle de limiter l'apport en sucre ou d'avoir une alimentation équilibrée.

Les légumes et les fruits

Dans un bon nombre d'études menées auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes^{6,8,13-27}, les participants mentionnaient le plus souvent les fruits et les légumes, soit en tant qu'aliments sains, soit comme faisant partie d'une saine alimentation, soit comme les aliments les plus importants dans le cadre d'une saine alimentation.

D'autres études menées auprès de personnes âgées (65 ans et plus) indiquent que l'importance des légumes et des fruits ne

semble pas varier en fonction de l'âge^{13,28}. Cette importance ne semble pas avoir varié considérablement non plus avec le temps, étant donné que certaines études publiées il y a 20 ans rapportaient également que les légumes et les fruits étaient perçus comme une composante essentielle de la saine alimentation^{29,30}.

Certaines études^{15,28,31} permettent toutefois de supposer que les perceptions relatives aux légumes et aux fruits varient en fonction du sexe. Ainsi, les femmes mentionnent plus souvent les légumes et les fruits en tant que composantes d'une saine alimentation¹⁵. En outre, ces aliments sont perçus comme convenant mieux aux femmes^{28,31}. Ces constatations appuient l'hypothèse d'une différence entre les sexes relativement aux légumes et aux fruits^{4,32}. Comme le souligne Lupton⁴, les aliments légers, sucrés, de texture molle ou faciles à digérer sont associés aux femmes, tandis que la viande et les aliments plus difficiles à digérer sont associés aux hommes.

Par ailleurs, une étude canadienne³³ a révélé l'émergence d'une nouvelle moralité entourant les fruits et les légumes, à savoir le syndrome de l'obligation « *the should syndrome* ». Ainsi, certains participants ont déclaré se sentir obligés de manger des légumes et des fruits. Les chercheurs ont attribué cette attitude au contenu actuel des messages de promotion de la santé. En effet, ceux-ci insistent avant tout sur les avantages intrinsèques des légumes et des fruits et sur le fait que les légumes sont essentiels à une alimentation « idéale ».

La viande

Dans la plupart des études menées auprès des adultes, la viande était l'aliment le plus souvent mentionné tout de suite après les légumes et les fruits^{8,15,17,18,34}. Les enfants et les adolescents mentionnaient également la viande en tant que composante de la saine alimentation^{21,23,26}. Toutefois, pour plusieurs son rôle dans une saine alimentation n'était pas clair. Dans la plupart des cas, on percevait qu'il fallait éviter d'en consommer ou en limiter la consommation^{13,15}. Ainsi, une étude canadienne a révélé que les participants percevaient qu'il était important de limiter la consommation de viande, plus particulièrement celle des viandes rouges, et de remplacer la viande par du poulet ou du poisson¹⁸. Par ailleurs, certaines études ont

révélé la perception qu'il fallait manger plus de viande pour avoir une saine alimentation^{18,19,35}. L'une de ces études¹⁸ a révélé la confusion entourant les quantités de viande à consommer étant donné que plusieurs participants croyaient qu'il fallait en consommer beaucoup pour avoir une saine alimentation. Des études récentes, et d'autres moins récentes, ont également révélé que la viande était une composante essentielle des repas « traditionnels »^{29,30,36}. Finalement, quelques études^{19,34} laissent entendre que les perceptions à l'égard de la viande pourraient varier en fonction du statut socio-économique. Dans l'une de ces études³⁴, les femmes ayant un faible statut socio-économique affirmaient plus fréquemment que la viande rouge était bonne pour la santé. Une partie des contradictions observées au niveau des perceptions de la viande pourraient être attribuables au terme viande. En effet celui-ci peut représenter de nombreuses variétés ou coupes de viande.

Les composantes des aliments : matières grasses, sel et sucre

Les matières grasses, le sel et le sucre sont les trois composantes des aliments les plus souvent mentionnées par tous les groupes d'âge comme devant être restreintes dans le cadre d'une saine alimentation^{6,7,16,19,20,22-24,26,27,31,37}. Ainsi, un sondage téléphonique³⁵ effectué auprès d'un échantillon représentatif de la population canadienne a révélé que les gens évitaient de consommer des aliments renfermant du cholestérol (60 %), du sel (56 %) et du sucre (48 %) en vue d'avoir une meilleure alimentation. Dans le cadre d'une autre étude canadienne¹⁸, dans laquelle on demandait aux participants quels conseils ils donneraient à l'égard de la saine alimentation, ceux-ci ont recommandé d'éviter les matières grasses ou les aliments à forte teneur en matières grasses ou en sucre, ainsi que les aliments frits. Deux études menées au Royaume-Uni¹⁷ et en Union européenne¹⁵ ont donné des résultats similaires.

L'étude menée en Union européenne a également révélé que les femmes mentionnaient plus souvent la nécessité de diminuer la consommation de matières grasses dans leur définition de la saine alimentation par rapport aux hommes¹⁵. Toutefois, on ne sait pas vraiment jusqu'à quel point les perceptions relatives aux matières

grasses, au sel et au sucre varient en fonction du statut socio-économique. Bien que les conclusions d'une étude britannique³⁴ aient révélé que les femmes ayant un statut plus élevé recherchaient davantage des aliments à faible teneur en matières grasses que celles ayant un statut moins élevé, ces deux groupes de femmes percevaient que les aliments sucrés et les aliments gras ou frits étaient néfastes pour la santé.

Des études laissent aussi entendre que les gens plus âgés se préoccupent davantage des matières grasses, du sucre et du sel dans leur alimentation^{6,13,38}. Ainsi, un sondage téléphonique effectué au Canada¹⁶ suggère que les adultes de plus de 55 ans restreignent davantage leur consommation de matières grasses, de sucre et de sel que les personnes plus jeunes. Ces préoccupations accrues à l'égard des matières grasses, du sucre et du sel s'expliquent facilement, étant donné que ces nutriments sont associés aux maladies chroniques.

La qualité des aliments : frais, non transformés ou entièrement préparés à la maison

Certaines autres caractéristiques non associées à la composition des aliments, telles que la fraîcheur, influençaient aussi les perceptions des gens à l'égard de la saine alimentation^{6,8,14,15,28,34,37}. Dans de nombreuses études, les participants expliquaient le concept de fraîcheur en opposant les aliments frais aux aliments en conserve, congelés ou transformés. Les aliments transformés étaient perçus comme mauvais pour la santé ou moins sains que les aliments frais^{17,18,30}.

La fraîcheur semble également être importante pour certaines personnes plus âgées. Ainsi, dans le cadre d'une étude pan-européenne¹³, 10 % des personnes âgées ont mentionné les aliments naturels et les aliments non transformés dans leur description de la saine alimentation. En plus de souligner l'importance de la fraîcheur en général, certaines études^{28,34,39} spécifient l'importance de la fraîcheur pour certaines catégories d'aliments, à savoir les légumes, les fruits et les produits à base de viande.

Des études permettent aussi de supposer que la perception des avantages pour la santé repose également sur la façon de préparer les aliments. Ainsi, un sondage d'opinion mené au Canada⁴⁰ a révélé que

les plats maison étaient considérés les plus sains. Par ailleurs, des études menées auprès d'enfants et d'adolescents^{20,21,41} laissent supposer que les circonstances, l'endroit et le contexte entourant l'acte de manger influencent les perceptions. Ainsi, les aliments consommés à la maison sont perçus comme plus sains que ceux consommés à l'extérieur du foyer ou avec des amis. On ne rapportait pas de distinctions aussi spécifiques dans les études portant sur les perceptions des adultes.

Les concepts d'équilibre, de variété et de modération

Chez tous les groupes d'âge, les concepts d'équilibre, de variété et de modération étaient souvent mentionnés parmi les perceptions entourant la saine alimentation^{14-18,21-23,26,33,34,40,42,43}.

Ainsi, dans le cadre d'une étude canadienne¹⁸, environ la moitié des répondants ont mentionné spontanément la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée ou de consommer une variété d'aliments pour avoir une saine alimentation. Afin d'expliquer le concept d'équilibre, les répondants soulignaient qu'on peut manger davantage un certain jour, puis manger moins le jour suivant, tout en respectant plus ou moins les divers groupes alimentaires d'un jour à l'autre. Une autre étude canadienne³³ a révélé la polysémie entourant le concept d'équilibre. En effet, celui-ci peut être interprété comme la nécessité de varier la composition des repas, de pondérer les aliments sains et ceux qui sont moins bons pour la santé, de mieux s'alimenter pour contrebalancer les égarements occasionnels ou encore, comme la juste mesure qui s'impose entre le plaisir de manger et les préoccupations relatives à la nutrition ou à la santé.

Lors d'une étude britannique³⁹, les participants ont également eu de la difficulté à expliquer la signification du terme équilibre. Ils l'associaient aux concepts « approprié » ou « bon » et l'opposaient souvent au concept « d'excès ». Une étude menée chez des enfants a permis de constater la confusion entourant le concept d'équilibre²², l'un des enfants ayant alors donné la description suivante de la saine alimentation : « avoir une alimentation équilibrée, ça veut dire, par exemple, manger des pâtes alimentaires, du chocolat et des œufs ».

Dans de nombreuses études, les participants associaient le concept d'équilibre aux

concepts de variété et de modération^{15,18,39}. Une étude australienne⁷ a révélé que le concept de la modération était utilisé en réaction à la confusion et aux contradictions entourant la saine alimentation. En effet, ce concept peut justifier n'importe quels choix alimentaires. Dans un article non scientifique⁴⁴, on rapportait la confusion engendrée par la polysémie entourant le concept de modération en soulignant qu'aussi bien des profanes que des professionnels de la santé déclaraient « se questionner sans cesse quant à la définition d'une alimentation modérée et sur l'utilité même d'un tel concept »⁴⁴. Certains professionnels de la santé ont aussi critiqué le terme modération qui, selon eux, contribue à restreindre l'efficacité des recommandations nutritionnelles. Une étude qualitative menée en Grande-Bretagne auprès de personnes âgées³⁶ traitait aussi de la modération. Les répondants soulignaient l'importance de manger avec modération, non seulement pour ne pas engraisser, mais aussi pour éviter la gourmandise dans une optique de moralité. Finalement, une autre étude³⁴ a révélé que les femmes de la classe moyenne accordaient une plus grande importance à l'équilibre et à la modération par rapport à celles de la classe ouvrière.

On retrouvait de nombreuses interprétations des concepts d'équilibre et de modération dans les études examinées dans la présente section. Les conclusions de ces études laissent entendre qu'aussi bien les messages en nutrition que les professionnels de la santé semblent parfois ignorer les diverses interprétations potentielles du terme équilibre. Ils ont plutôt tendance à s'appuyer sur une seule définition, beaucoup plus spécifique.

Le chevauchement entre les perceptions de la saine alimentation et des régimes amaigrissants

Certaines des études examinées permettent de supposer un chevauchement entre les perceptions de la saine alimentation et des régimes amaigrissants^{25,28,36,39,42,45,46}. Ainsi, une étude qualitative menée au Royaume-Uni³⁹ a révélé que les participants utilisaient volontairement les concepts de modération et de saine alimentation dans le but de dissimuler leurs tentatives de perdre du poids ou de les rendre plus acceptables socialement. Lors d'une étude menée auprès de personnes âgées,

McKie et al.³⁶ ont constaté que la peur d'engraisser influençait la conceptualisation de la saine alimentation et que les participants interprétaient la modération en ce sens. Une étude menée chez des enfants⁴² a révélé que certains concepts, tels que la minceur ou l'excès de poids, étaient spontanément associés au concept de saine alimentation. Finalement, lors d'une autre étude, des jeunes garçons et filles⁴⁵ décrivaient les régimes amaigrissants à l'aide de comportements alimentaires jugés sains, tels que « on mange plus de salades, de fruits ou de légumes » ou « on fait cela pour avoir une saine alimentation ».

On ne connaît pas vraiment les conséquences d'un tel chevauchement entre les perceptions de la saine alimentation et celles des régimes amaigrissants. Tandis que certains auteurs sont d'avis qu'il ne faut pas se préoccuper outre mesure des régimes amaigrissants entrepris par les adolescentes et les adolescents, étant donné qu'il peut tout simplement s'agir d'un comportement adopté en vue d'avoir une saine alimentation⁴⁵, d'autres s'inquiètent du fait que les messages reliés à la nutrition puissent renforcer des pratiques alimentaires malsaines et une préoccupation excessive à l'égard du poids⁴⁷. De nouvelles études s'imposent relativement à l'origine et aux effets du chevauchement observé entre les perceptions de la saine alimentation et des régimes amaigrissants.

Les perceptions du public à l'égard de la saine alimentation sont surtout exprimées en termes de choix alimentaires, puisque les fruits, les légumes et la viande sont le plus souvent mentionnés. Certaines caractéristiques ou composantes des aliments représentent aussi des éléments importants de ces perceptions. Les concepts d'équilibre, de variété et de modération étaient souvent perçus par les répondants comme essentiels à une saine alimentation. Peu d'études ont toutefois examiné ce que ces termes signifiaient réellement pour les répondants. La plupart des études n'expliquent d'ailleurs pas comment les chercheurs eux-mêmes interprétaient ces concepts ni les codes utilisés pour identifier de telles notions dans les entrevues avec les participants. Dans les rares occasions où on décrivait les codes, le sens des concepts était multiple plutôt qu'uniforme.

Les perceptions du public à l'égard de la saine alimentation semblent être fortement

influencées par les recommandations nutritionnelles (recommandations relativement semblables dans les pays d'où provenaient les études examinées). Ainsi, on y insiste sur la consommation de légumes, de fruits^{11,12} et de viande^{11,12}, sur une diminution des matières grasses et du sel¹¹, ainsi que sur la variété^{11,12} et la modération¹². D'autres éléments qui semblent primordiaux au niveau des perceptions ne sont toutefois pas inclus dans les recommandations nutritionnelles en vigueur, à savoir l'importance de consommer des aliments frais, non transformés ou des plats maison, de diminuer l'apport en sucre, de même que le concept d'équilibre.

Par ailleurs, certains éléments importants des recommandations nutritionnelles, tels que les groupes « produits céréaliers » et « produits laitiers » ne faisaient pas vraiment partie des perceptions des gens à l'égard de la saine alimentation. Quelques études ont toutefois révélé que les aliments à forte teneur en glucides, tels que le pain, les céréales, les pâtes alimentaires, les légumineuses et les pommes de terre étaient inclus dans les définitions de la saine alimentation^{15,17,18,20,21,23,27,31,39}. Des données canadiennes permettent également de supposer que le groupe des produits céréaliers n'est pas souvent mentionné à ce titre¹⁸ et que le groupe des produits laitiers est mentionné encore plus rarement. À l'exception d'une seule étude²¹, dans laquelle des adolescents mentionnaient rarement les produits laitiers, les études menées auprès d'enfants et d'adolescents ont révélé que ceux-ci intégraient plus souvent le lait à la définition de la saine alimentation par rapport aux adultes^{20,23}. Ces derniers mentionnaient plutôt la nécessité de consommer des produits laitiers moins gras en vue de diminuer l'apport en matières grasses^{15,38}.

La plupart des études n'examinaient pas certaines facettes spécifiques des perceptions de la saine alimentation, telles que les quantités, le nombre de portions et la grosseur des portions. Bien que les gens perçoivent l'importance des légumes et des fruits dans le cadre d'une saine alimentation, ils ne perçoivent peut-être pas les quantités qu'il faut consommer pour rester en santé. La notion de portion pourrait faire l'objet d'études futures puisqu'elle semble être interprétée fort différemment selon les personnes. De nouvelles études s'imposent également en vue de vérifier

comment les gens mettent en pratique les concepts de modération, de variété et d'équilibre dans leur propre alimentation.

Les perceptions des professionnels de la santé à l'égard de la saine alimentation

Une seule étude, menée à Londres, au Royaume-Uni, traitait brièvement des perceptions des professionnels de la santé à l'égard de la saine alimentation³⁹. Les conclusions de cette étude révèlent que ces professionnels recommandaient à leurs clients de s'alimenter sainement plutôt que de suivre des régimes amaigrissants. Ils leur parlaient également d'aliments « bons » ou « mauvais » pour la santé, sans leur expliquer clairement toutefois comment de « mauvais » aliments pouvaient être intégrés à une saine alimentation. Selon les auteurs de cette étude, même les professionnels de la santé auraient de la difficulté à expliquer le fait que la saine alimentation et les régimes amaigrissants sont deux concepts différents.

DISCUSSION SUR LES LACUNES OBSERVÉES AU NIVEAU DES CONNAISSANCES

Les perceptions de la saine alimentation demeurent un sujet relativement peu exploré, considérant le faible nombre d'études retenues dans le cadre du présent examen des connaissances (38 études). Cela peut être attribuable au fait que la polysémie entourant le concept de saine alimentation n'a pas été reconnue dans le passé et aussi à la complexité du sujet. Bien que nous ayons pu constater des perceptions relativement homogènes d'une étude à l'autre, chez les personnes des deux sexes, de divers groupes d'âge, de statuts socio-économiques différents et dans divers pays développés, de nouvelles études s'imposent en vue de valider cette conclusion.

Parmi les nombreuses lacunes identifiées au niveau des connaissances dans le cadre du présent examen, trois aspects des perceptions méritent d'être étudiés davantage. Ainsi, il faudra étudier prioritairement l'influence des perceptions de la saine alimentation sur les choix et les comportements alimentaires. Il faudra également examiner comment les messages provenant de diverses sources (c.-à-d. médias, professionnels de la santé, industrie agroalimentaire) façonnent les perceptions de la saine

alimentation, ainsi que les perceptions en tant que telles.

En effet, bien qu'on puisse avancer l'hypothèse qu'il existe un lien entre les perceptions et les comportements, ce lien n'a pas été clairement démontré dans la littérature. Cette facette des perceptions pourrait être étudiée dans le cadre d'études portant sur les différents facteurs qui influencent les choix alimentaires, ou encore d'études examinant la relation bidirectionnelle entre les perceptions et les comportements. Il sera impossible de confirmer le fait que les perceptions de la saine alimentation représentent vraiment un déterminant de la saine alimentation sans recourir à de telles études.

Il faudra également s'efforcer de mieux comprendre le processus selon lequel les diverses sources d'information façonnent les perceptions des gens à l'égard de la saine alimentation en orientant les messages nutritionnels de diverses façons. De nouvelles études s'avèrent essentielles à l'obtention des données indispensables à la formulation des futures recommandations nutritionnelles ainsi qu'à la promotion de la saine alimentation dans une optique de santé globale. Les résultats de ces études pourraient également inspirer la promulgation de nouveaux règlements en matière de publicité reliée aux aliments ou aux allégations nutritionnelles, ainsi que l'élaboration de stratégies visant à développer l'esprit critique, dans un contexte de compétence médiatique.

Il faudra également examiner les perceptions de la saine alimentation en tant que telles. En effet, aucune étude ne portait spécifiquement sur les perceptions des professionnels de la santé en matière de saine alimentation. Il faudra examiner avant tout les perceptions des diététistes à l'égard de la saine alimentation, étant donné qu'elles sont considérées expertes en nutrition et qu'on a souvent recours à elles pour obtenir des renseignements ou de la formation en matière de saine alimentation. Il faudra aussi examiner la diversité des perceptions de la saine alimentation chez d'autres professionnels de la santé, tels que les médecins, les infirmières et les professionnels de la santé publique.

De façon à pouvoir planifier des interventions encore plus pertinentes et efficaces, adaptées en fonction de groupes spécifiques, il faudra également analyser les

perceptions de la saine alimentation en fonction de certaines caractéristiques individuelles ou de groupe telles que le sexe, l'âge, le statut socio-économique, l'héritage culturel et le lieu de résidence. De tels projets de recherche devraient permettre d'obtenir des données canadiennes dont nous avons grandement besoin.

Finalement, des études plus détaillées s'imposent relativement à certaines perceptions de la saine alimentation, entre autres sur les sujets suivants : le nombre de portions et la grosseur des portions pour chaque aliment ou groupe d'aliments, le rôle du groupe de la viande dans la saine alimentation, les groupes plus souvent omis tels que les produits céréaliers et les produits laitiers et la mise en pratique des perceptions lors des choix quotidien d'aliments.

RÉFÉRENCES

- Falk LW, Bisogni CA, Sobal J. Food choice processes of older adults: A qualitative investigation. *J Nutr Educ* 1996;28:257-65.
- Furst T, Connors M, Bisogni CA, Sobal J, Falk LW. Food choice: A conceptual model of the process. *Appetite* 1996;26:247-65.
- Comité directeur conjoint pour l'élaboration d'un plan national de nutrition au Canada. La nutrition pour un virage santé: voies d'action. Ottawa, ON: Santé Canada, 1996.
- Lupton D. *Food, the Body and the Self*. London, England: Sage, 1996.
- Nestle M. *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley, CA: University of California Press, 2002.
- van Dillen SM, Hiddink GJ, Koelen MA, de Graaf C, van Woerkum CM. Understanding nutrition communication between health professionals and consumers: Development of a model for nutrition awareness based on qualitative consumer research. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1065S-1072S.
- Lupton D, Chapman S. "A healthy lifestyle might be the death of you": Discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Social Health Illness* 1995;17:477-94.
- Chapman G, Beagan B. Women's perspectives on nutrition, health and breast cancer. *J Nutr Educ Behav* 2003;35:135-41.
- Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In: Denzin NK, Lincoln YS (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000;163-88.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.
- Santé Canada. Actions concertées pour une saine alimentation - Rapport du Comité des communications et de la mise en application. Ottawa, ON: Santé Canada, 1990.
- Santé Canada. Guide alimentaire canadien pour manger sainement. Ottawa, ON: Santé Canada, Division générale des produits de santé et des aliments, 1992.
- de Almeida MD, Graca P, Afonso C, Kearney JM, Gibney MJ. Healthy eating in European elderly: Concepts, barriers and benefits. *J Nutr Health Aging* 2001;5:217-19.
- Falk LW, Sobal J, Bisogni CA, Connors M, Devine CM. Managing healthy eating: Definitions, classifications, and strategies. *Health Educ Behav* 2001;28:425-39.
- Margetts BM, Martinez JA, Saba A, Holm L, Kearney M, Moles A. Definitions of 'healthy' eating: A pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *Eur J Clin Nutr* 1997;51 Suppl 2:S23-S29.
- Institut national de la nutrition. Nutrition: évolution et tendances IV: Attitudes, préoccupations et comportements avoués des Canadiens en matière de nutrition, 2001. Ottawa, ON: 2002.
- Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. Interpretations of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. *Health Educ Res* 1998;13:171-83.
- Sage Research Corporation. Qualitative investigation of Canadians' understanding of and attitudes towards nutrition and healthy eating-Draft report. 2003.
- Santich B. Good for you: Beliefs about food and their relation to eating habits. *Aust J Nutr Diet* 1994;51:68-73.
- Chapman G, Maclean H. "Junk food" and "healthy food": Meanings of food in adolescent women's culture. *J Nutr Educ* 1993;25:108-13.
- Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *J Nutr Educ* 2001;33:193-98.
- Edwards JSA, Hartwell HH. Fruit and vegetables - Attitudes and knowledge in primary school children. *J Hum Nutr Diet* 2002;15:365-74.
- Le Bigot MA. Eat to live or live to eat? Do parents and children agree? *Public Health Nutr* 2001;4:141-46.
- Lytel LA, Eldridge AL, Kotz K, Piper J, Williams S, Kalina B. Children's interpretation of nutrition messages. *J Nutr Educ* 1997;29:128-36.
- Roberts SJ, Maxwell SM, Bagnall G, Bilton R. The incidence of dieting amongst adolescent girls: A question of interpretation? *J Hum Nutr Diet* 2001;14:103-9.
- Story M, Resnick MD. Adolescent's views on food and nutrition. *J Nutr Educ* 1986;18:188-92.
- Eikenberry N, Smith C. Healthful eating: Perceptions, motivations, barriers, and promoters in low-income Minnesota communities. *J Am Diet Assoc* 2004;104:1158-61.
- McKie LJ, Wood RC, Gregory S. Women defining health: Food, diet and body image. *Health Educ Res* 1993;8:35-41.
- Blaxter M, Paterson E. The goodness is out of it: The meaning of food to two generations. In: Murcott A (Ed.), *The Sociology of Food and Eating*. Aldershot, Hants, England: Gower, 1983;95-105.
- Pill R. An apple a day...Some reflections on working class mothers' views on food and health. In: Murcott A (Ed.), *The sociology of food and eating*. Aldershot, Hants, England: Gower, 1983;117-27.
- Roos G, Prattala R, Koski K. Men, masculinity and food: Interviews with Finnish carpenters and engineers. *Appetite* 2001;37:47-56.
- Bourdieu P. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris, France: Éditions de Minuit, 1979.
- Paisley J, Sheeha J, Daly K. Qualitative investigation of the meanings of eating fruits and vegetables for adult couples. *J Nutr Educ* 2001;33:199-207.
- Calnan M. Food and health: A comparison of beliefs and practices in middle-class and working-class households. In: Cunningham-Buley S, McKeganey N (Eds.), *Readings in Medical Sociology*. London, England: Routledge, 1990;9-36.
- Ipsos-Reid. *A Profile of Canada's Eating and Food Purchasing Habits*. 2002.
- McKie L, MacInnes A, Hendry J, Donald S, Peace H. The food consumption patterns and perceptions of dietary advice of older people. *J Hum Nutr Diet* 2000;13:173-83.
- Fagerli RA, Wandel M. Gender differences in opinions and practices with regard to a "healthy diet". *Appetite* 1999;32:171-90.
- Gustafsson K, Sidenvall B. Food-related health perceptions and food habits among older women. *J Adv Nurs* 2002;39:164-73.
- Keane A, Willetts A. *Concepts of Healthy Eating: An Anthropological Investigation in South East London*. London, England: Goldsmiths University of London, 1996.
- Time, health and shopping: The balancing act. *Canadian Living*, 1999.
- Ross S. 'Do I really have to eat that?': A qualitative study of schoolchildren's food choices and preferences. *Health Educ J* 1995;54:312-21.
- Dixey R, Sahota P, Atwal S, Turner A. Children talking about healthy eating: Data from focus groups with 300 9-11-year-olds. *Nutr Bull* 2001;26:71-79.
- Fuller TL, Backett-Milburn K, Hopton JL. Healthy eating: The views of general practitioners and patients in Scotland. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1043S-1047S.
- Havala S. Deciphering those dietary recommendations - How do you define moderation? *Vegetarian Journal* 1992;July/August:8-13.
- Neumark-Sztainer D, Story M. Dieting and binge eating among adolescents: What do they really mean? *J Am Diet Assoc* 1998;98:446-50.
- Saltonstall R. Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Soc Sci Med* 1993;36:7-14.
- Dixey R. Healthy eating in schools and "eating disorders" - are "healthy eating" messages part of the problem or part of the solution? *Nutr Health* 1996;11:49-58.

Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes

Jennifer P. Taylor, Ph.D., R.D.¹

Susan Evers, Ph.D., R.D.²

Mary McKenna, Ph.D., R.D.³

RÉSUMÉ

Le présent article traite de l'état actuel des connaissances ainsi que des lacunes observées au niveau de la recherche portant sur les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, c.-à-d. les déterminants d'ordre individuel et collectif qui influencent la saine alimentation. La définition suivante de la saine alimentation a été retenue : « des habitudes ou comportements alimentaires qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé ». Nous avons consulté les banques de données pertinentes à la recherche d'articles traitant d'au moins un facteur relatif à la saine alimentation chez les enfants ou les jeunes, publiés entre janvier 1992 et mars 2003. Certains facteurs collectifs, entre autres des facteurs d'ordre familial, de même que les aliments disponibles dans l'environnement physique (domicile, école et établissements de restauration rapide) exercent une influence significative sur la saine alimentation chez les enfants et les jeunes. Les médias, particulièrement la télévision, exercent parfois une influence énorme qui peut même éclipser celle de la famille. Parmi les facteurs individuels, mentionnons les connaissances, les attitudes et les préférences alimentaires, seules ces dernières ayant été identifiées en tant que déterminant important de la saine alimentation, à la fois chez les enfants et les adolescents. Bien que cet examen nous ait permis d'identifier une quantité importante d'études scientifiques relatives aux déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, très peu d'études ont été menées au Canada. En effet, seuls certains déterminants ont été examinés de quelque façon que ce soit par des chercheurs canadiens, à savoir les facteurs économiques qui influencent la sécurité alimentaire, le contenu des messages médiatiques en matière de nutrition et les problèmes entourant les saveurs, la néophobie et les préférences alimentaires. Notre examen nous a également permis de dégager les principales priorités de recherche en matière de déterminants de la saine alimentation et de surveillance des comportements alimentaires au Canada.

Mots clés : saine alimentation; enfant; adolescent; facteurs

1. Professeure associée, Department of Family and Nutritional Sciences, University of Prince Edward Island, Charlottetown, PE

2. Professeure, Department of Family Relations and Applied Nutrition, University of Guelph, Guelph, ON

3. Professeure associée, Faculty of Education, University of New Brunswick, Fredericton, NB

Correspondance et autorisation de reproduction : Jennifer P. Taylor, Department of Family and Nutritional Sciences, University of Prince Edward Island, 550 University Avenue, Charlottetown, PEI, C1A 4P3. Téléphone: (902) 566-0475; Fax: (902) 628-4367; Courriel: jtaylor@upei.ca

Remerciements : L'auteure principale tient à souligner la contribution de Rose Peacock, MHSc, RD au niveau de la compilation des références utilisées pour la rédaction du présent article ainsi que Michelle Hooper pour sa patience, ses conseils judicieux et son appui.

De plus en plus d'études indiquent que les enfants canadiens font des choix alimentaires plus ou moins favorables à la santé qui peuvent entraîner aussi bien une suralimentation que des carences alimentaires. La plupart des données permettant de supposer que les enfants ne respectent pas vraiment les recommandations alimentaires ont été obtenues dans le cadre de la surveillance de la nutrition effectuée aux États-Unis. On observe en effet une faible consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers et une consommation élevée d'aliments moins favorables à la santé, tels que les boissons gazeuses et les grignotines à teneur élevée en lipides et en sucres, de même que la consommation d'une quantité excessive de lipides et de graisses saturées et un apport insuffisant en folate et en calcium¹⁻⁷. La qualité de l'alimentation se détériore généralement avec l'âge tandis que les déjeuners se font de plus en plus rares. Bien qu'on ne dispose pas du même type de données nationales au Canada, certaines données provenant d'une étude nationale⁸ et d'études provinciales^{9,10} permettent de supposer que la situation est aussi préoccupante chez les enfants canadiens. On observe en effet une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de bonbons, de tablettes de chocolat et de boissons gazeuses.

En plus de nuire à la croissance et au développement, les mauvaises habitudes alimentaires acquises pendant l'enfance perdurent souvent pendant l'adolescence et aussi à l'âge adulte^{11,12}. L'inactivité physique et la mauvaise alimentation ont été associées à une augmentation inquiétante de l'excès de poids chez les enfants,¹³ une situation qui atteint désormais des proportions endémiques au Canada et dans les autres nations développées.¹⁴⁻¹⁶ On observe également une augmentation des facteurs de risque de certaines maladies chroniques chez les enfants, telles que l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète de type 2.^{17,18}

Toute une gamme de stratégies de promotion de la santé visant à encourager la saine alimentation chez les enfants et les adolescents s'imposent désormais, dans le but de favoriser une croissance et un développement optimaux, tout en réduisant le risque d'obésité et de maladies chroniques au sein de la population

adulte^{11,19}. Pour être en mesure de concevoir des interventions efficaces, il faudra s'efforcer de mieux comprendre les facteurs complexes qui influencent les comportements alimentaires chez les enfants et les adolescents.

Le présent article traite de l'état actuel des connaissances ainsi que des lacunes observées au niveau de la recherche portant sur les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, c.-à-d. les déterminants d'ordre *individuel* et *collectif* qui influencent la saine alimentation, tels que décrits dans l'Approche axée sur la santé de la population²⁰. Parmi les déterminants *individuels*, mentionnons certains facteurs biologiques (sexe, âge), les préférences alimentaires, les connaissances et les attitudes relatives à la santé et à l'alimentation ainsi que le niveau de compétence en la matière ou les habiletés culinaires. Parmi les déterminants *collectifs*, mentionnons les environnements économique, social et physique. La définition suivante de la *saine alimentation* a été retenue dans le cadre du présent article : « des habitudes ou comportements alimentaires qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé ».

MÉTHODOLOGIE ET RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons tenu compte de toutes les données primaires et de tous les articles scientifiques, publiés entre janvier 1992 et mars 2003, qui traitaient d'au moins un comportement ou déterminant relatif à la saine alimentation chez les enfants ou les jeunes (âgés de 2 à 18 ans). Nous avons consulté les banques de données MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ERIC et Social Science Index à partir des mots clés suivants : *children, toddlers, youth, adolescents, school children, factors/influences, eating, diet, food, eating behaviours* et *nutrition*. Nous avons aussi consulté six revues scientifiques publiées entre 1997 et 2003 inclusivement : *Appetite, Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, Canadian Journal of Public Health, Journal of the American Dietetic Association, Journal of Nutrition Education and Behaviour and Obesity Research*. Finalement, nous avons consulté et traduit les principales données publiées en français.

SOMMAIRE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Les déterminants individuels

On entend par déterminants individuels, les *facteurs biologiques* (âge, sexe), les *préférences alimentaires* ainsi que les *connaissances* et *attitudes en matière de nutrition*. La plupart des études portaient sur les différences observées au niveau de certains comportements alimentaires, tels que la consommation de collations ou le fait de déjeuner, plutôt que sur les différences au niveau des déterminants du comportement alimentaire, tels que l'âge et le sexe.

Des enquêtes menées aux États-Unis ont révélé une détérioration de la qualité du régime alimentaire et un déclin de la fréquence du déjeuner avec l'âge, ainsi qu'une augmentation des collations, aussi bien à l'élémentaire qu'au secondaire ou plus tard^{1,3,7}. Des études canadiennes à plus faible échelle confirment ces tendances^{9,10}. Il y a lieu de s'inquiéter étant donné que les enfants qui déjeunent régulièrement ont tendance à avoir une meilleure alimentation que ceux qui ne le font pas^{9,21}. Les filles, en particulier les adolescentes, semblent être plus à risque que les garçons sur le plan nutritionnel⁷.

Chez les enfants, les *préférences alimentaires* semblent résulter principalement du goût ou de l'appréciation de certains aliments^{22,23}. Les préférences observées à l'égard de certains aliments (p. ex., les fruits et légumes) représentent un fort indicateur positif de leur consommation, à la fois chez les enfants et les adolescents²⁴⁻³⁰. Le goût peut toutefois guider des choix moins favorables à la santé. Ainsi, le fait de « ne pas aimer les légumes » représente l'un des trois principaux facteurs de prédiction de la consommation de fruits et légumes chez les enfants^{30,31}. On a aussi constaté que les préférences personnelles guidant la consommation de certains aliments, tels que le *fast food*³² ou les collations vendues dans des machines distributrices³³, représentaient un obstacle à la saine alimentation chez les adolescents.

Les enfants et les adolescents ont habituellement peu de *connaissances en nutrition*. Ils ne comprennent pas vraiment la relation entre l'alimentation, l'activité physique et la santé^{23,34-36}. Bien qu'on sache que les connaissances n'influencent pas toujours les comportements alimentaires³⁷⁻⁴⁴,

les résultats contradictoires obtenus antérieurement à cet égard pourraient être attribuables à des problèmes d'ordre méthodologique⁴³ ou à une interaction des connaissances et de divers autres déterminants, ce qui complique l'évaluation des effets indépendants. Relativement peu d'études portaient sur les *attitudes* à l'égard des aliments et le rôle de l'alimentation sur la santé^{28,45,46}. Des interventions^{47,48} ou études s'inspirant, entre autres, d'approches socio-cognitives⁴⁹⁻⁵³ n'ont pas réussi à expliquer la grande diversité des comportements alimentaires observée chez les enfants. Des études qualitatives portant sur les attitudes et les connotations associées aux aliments permettent de supposer que les déterminants varient en fonction du sexe et de l'âge^{30,37,54,55}. Très peu d'études ont été menées relativement aux effets du *niveau de compétences culinaires* (perçu ou réel) chez les enfants et les adolescents^{30,31}.

Les déterminants collectifs

Les déterminants économiques

On entend par déterminants économiques, le *revenu*, le *statut socio-économique*, le *coût des aliments*, le *niveau d'instruction* et l'*emploi*. Le revenu et les facteurs socio-économiques sont traités ailleurs dans le présent supplément. En présence d'un revenu restreint, le *coût des aliments* représente la préoccupation majeure lors du choix des aliments⁵⁶. Les gens choisissent alors plus souvent des aliments à teneur élevée en sucre et en lipides étant donné que ceux-ci représentent des sources moins coûteuses d'énergie alimentaire⁵⁷. On observe d'ailleurs une consommation accrue d'aliments et de boissons à teneur élevée en sucre ou en lipides en présence d'une réduction de prix^{58,59}. Un *faible niveau d'instruction* chez les parents a été associé à une alimentation de moins bonne qualité, c.-à-d. à un apport supérieur en lipides et inférieur en micronutriments chez les enfants⁶⁰⁻⁶³. Finalement, on a observé une association négative entre le fait que la mère occupe un *emploi* et la fréquence des repas pris en famille, ces derniers étant associés positivement à la qualité de l'alimentation⁶⁴.

Les déterminants sociaux

On entend par déterminants sociaux, les *facteurs culturels*, les *facteurs familiaux*,

l'influence des pairs, les stratégies de marketing alimentaire et l'influence des médias de masse. Bien qu'on sache que la *culture* exerce une influence primordiale sur l'alimentation, on observe désormais moins de différences culturelles au niveau des comportements alimentaires⁶⁵, compte tenu de la « globalisation » croissante des habitudes alimentaires⁶⁶. On a toutefois observé des préoccupations nutritionnelles spécifiques chez les enfants autochtones du Canada⁶⁷⁻⁷⁰. La pénurie actuelle de données canadiennes ne permet pas de comparer les comportements alimentaires des enfants et des jeunes canadiens à ceux observés dans d'autres pays ou cultures.

Les habitudes alimentaires des enfants évoluent dans le contexte de la *famille*⁷¹. Ainsi, on observe une corrélation entre les apports des parents et ceux des enfants dans le cas de la plupart des nutriments⁷². Ces corrélations sont encore plus prononcées dans le cas des mères. Selon Nicklas et al.^{11,73}, on entend par facteurs *familiaux* l'exposition à certains aliments, la disponibilité des aliments, l'exemple donné par les parents, la composition des repas, la consommation des repas en famille, la façon d'élever les enfants et les pratiques de socialisation alimentaire. Une forte association positive a été rapportée entre la *disponibilité* des fruits et légumes à la maison et la consommation de ceux-ci^{27,30,31,45,73-75}. Bien que la disponibilité d'aliments sains s'avère essentielle, celle-ci ne suffit pas toujours à garantir une saine alimentation. Des études qualitatives ont en effet révélé que les jeunes n'apprécient pas toujours les aliments sains préparés à la maison par leurs parents³². Peu d'études portaient sur l'exemple donné par les parents en tant que facteur de prédiction d'une saine alimentation chez les enfants et les jeunes^{45,50,75,76}. Par ailleurs, les *repas pris en famille* influencent positivement la qualité de l'alimentation chez les enfants et les jeunes⁷⁷⁻⁷⁹. On observe alors une plus forte consommation de légumes, de fruits et de produits laitiers ainsi qu'un meilleur apport en nutriments.

Une *éducation parentale autoritaire* en matière d'alimentation, à savoir l'utilisation d'aliments à teneur élevée en lipides ou en sucre en tant que récompense ou l'interdiction de consommer des aliments « camelote » ou *junk food*, entre autres, accentue la préférence des enfants pour de tels aliments. Ils les consomment donc en

plus grande quantité aussitôt que l'occasion se présente^{73,80-85}. Le fait de trop insister sur les avantages de certains aliments pour la santé diminue l'attrait de ces aliments aux yeux des enfants^{86,87}. Par contre, une *éducation parentale permissive* peut mener à la consommation de collations inappropriées et de portions excessives d'aliments à valeur énergétique élevée⁸⁸. On a observé une corrélation entre les connaissances et les attitudes des parents en matière de nutrition, appelées *pratiques de socialisation alimentaire*^{73,89}, et l'apport en nutriments chez les enfants⁹⁰. Ainsi, les *connaissances* des parents peuvent avoir une influence sur le choix d'aliments de plus ou moins bonne qualité et donc sur la disponibilité de ces aliments à la maison, ainsi que sur les portions servies aux enfants^{71,90-92}. Les *attitudes* positives des parents en matière de nutrition ont été associées à des expériences alimentaires plus agréables chez les enfants d'âge préscolaire. Ainsi, on observe moins de réactions indésirables des parents au moment des repas et moins de troubles alimentaires chez les enfants⁹³. Certaines études⁹⁴ permettent de supposer que les *pairs* exercent une influence importante et durable sur les préférences alimentaires des enfants d'âge préscolaire (de 2 à 5 ans). L'enthousiasme démontré par d'autres enfants à l'égard de certains aliments s'est avéré le facteur de prédiction le plus probant de la volonté des jeunes enfants d'essayer de nouveaux aliments⁹⁵.

Les *stratégies de marketing alimentaire* et les *médias de masse* agissent conjointement sur les comportements alimentaires. En effet, ces deux facteurs influencent les préférences, les demandes formulées par les enfants et l'achat de certains aliments, de même que les connaissances et les attitudes, le recours à des régimes amaigrissants et l'apparition de problèmes reliés à l'image corporelle. Les *médias*, particulièrement la télévision, peuvent influencer énormément l'alimentation chez les enfants et les jeunes et même éclipser l'influence de la famille dans de nombreux cas. Les messages publicitaires font plus souvent la promotion d'aliments moins favorables à la santé, comme les grignotines à teneur élevée en lipides et en énergie^{96,97}, que celle d'aliments sains comme les fruits et les légumes⁹⁸⁻¹⁰⁰. Il y a lieu de s'inquiéter, étant donné que les enfants ont plus

tendance à demander, à acheter ou à consommer des aliments annoncés à la télévision^{96,101}. Les messages publicitaires relatifs aux aliments et aux boissons sont en outre fort convaincants. Il a été démontré qu'ils pouvaient engendrer de la confusion chez les enfants, compte tenu des informations erronées ou incomplètes qu'ils transmettent³⁹. Finalement, la contribution importante des médias de masse a été reconnue aussi bien au niveau de l'excès de poids^{102,103} que de la propension à se mettre au régime qui est observée majoritairement chez les jeunes femmes¹⁰⁴.

L'environnement physique

On entend par environnement physique les *aliments disponibles, les portions servies et l'environnement scolaire*. On s'est beaucoup intéressé au cours des dernières années aux retombées négatives de la *disponibilité* croissante du *fast food* et des stratégies de marketing de masse qui l'entourent. On s'est également inquiété de la plus forte consommation d'aliments prêts à manger et de l'augmentation des portions¹⁰⁵. On a constaté que des enfants d'à peine cinq ans mangeaient davantage lorsqu'on leur servait de plus grosses portions¹⁰⁶. Tous ces facteurs ont été associés à une détérioration de la qualité de l'alimentation chez les enfants et les jeunes, étant donné qu'ils contribuent en outre à réduire la consommation d'aliments riches en nutriments tout en faisant augmenter celle d'aliments peu nutritifs, ayant une valeur énergétique élevée et une teneur élevée en lipides, en sucre et en sodium^{59,86,89,106,107}.

L'*environnement scolaire* peut aussi influencer la saine alimentation chez les enfants et les jeunes. En effet, les aliments offerts, les programmes en matière de nutrition, l'importance accordée à la nutrition et à la santé dans les programmes scolaires, de même que l'exemple donné par les enseignants ou les pairs peuvent avoir une influence en ce sens. Les écoles représentent un lieu de prédilection pour la promotion de saines habitudes alimentaires et leur mise en pratique^{108,109}. Lors d'enquêtes récentes visant à examiner les politiques de nutrition en vigueur dans les écoles du Canada, on a constaté un certain nombre de problèmes au niveau de la valeur nutritive des aliments offerts dans les écoles, entre autres la grande disponibilité des aliments ou boissons peu nutritifs, à

forte teneur en lipides ou en sucre, en particulier dans des machines distributrices¹¹⁰⁻¹¹⁴. Une étude d'envergure nationale a également révélé le faible nombre de politiques de nutrition en vigueur dans les écoles du Canada¹¹⁵. De telles politiques s'avèrent pourtant essentielles à la conception, au développement et à la mise en œuvre de programmes de nutrition détaillés¹² visant une modification des connaissances et des comportements des élèves en matière de nutrition^{41,43,116}.

LACUNES AU NIVEAU DES CONNAISSANCES

Bien qu'on dispose actuellement d'une documentation scientifique importante relativement aux déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, très peu d'études ont été menées au Canada. Seuls certains déterminants ont été examinés par des chercheurs canadiens, entre autres les facteurs économiques et la sécurité alimentaire¹¹⁷⁻¹²¹, les problèmes entourant les flaveurs, la néophobie et les préférences alimentaires^{122,123} ainsi que le contenu des messages médiatiques en matière de nutrition^{96,99,100}. Il pourrait s'avérer justifiable de s'appuyer sur la recherche menée ailleurs, étant donné que d'autres pays subissent également la forte influence des médias de masse et de la technologie, que l'approvisionnement alimentaire devient de plus en plus homogène à l'échelle globale et qu'on observe des problèmes de santé similaires, tels que l'excès de poids, un peu partout. Il faut toutefois éviter de comparer l'impact de l'environnement scolaire ou celui des recommandations nutritionnelles nationales sur l'alimentation des enfants et des jeunes à la lumière de données obtenues dans des pays où on observe des conditions fort différentes de celles du Canada. Voici les principales priorités de recherche identifiées :

1. *Des études visant à examiner plus précisément les influences familiales sur l'alimentation des enfants et des jeunes, à savoir les habitudes alimentaires de la famille, la fréquence des repas pris en famille ainsi que l'influence des pairs et celle des frères et sœurs.*

Parmi les facteurs collectifs, les facteurs familiaux et les aliments disponibles dans l'environnement physique, à savoir à la

maison, à l'école et dans les établissements de *fast food*, ont une influence particulièrement significative sur l'alimentation des enfants et des jeunes. Compte tenu de l'association positive entre les repas pris en famille et la qualité de l'alimentation, il faudra mener de nouvelles études en vue de mieux comprendre comment les familles qui sont confrontées à des contraintes de temps (parce que les parents occupent des emplois) réussissent quand même à organiser des repas en famille⁶⁴. Étant donné que les enfants influencent aussi les habitudes alimentaires familiales en insistant pour qu'on achète et prépare des aliments qu'ils aiment, il faudra mener des études sur les interactions complexes des enfants et des parents à cet égard. Bien que les mères soient plus motivées que les pères à améliorer le comportement alimentaire de leurs enfants et qu'elles connaissent mieux les divers nutriments fournis par les aliments, elles ne réussissent pas vraiment à changer les habitudes alimentaires de leurs enfants par elles-mêmes¹²⁴. Le manque de cohérence rapporté entre les motivations maternelles et les aliments qu'elles offrent à leurs enfants¹²⁵ reflète la complexité du contexte entourant l'acte de manger ainsi que l'influence des autres processus cognitifs entourant les préoccupations des mères relativement à leur propre poids. Les interactions des facteurs d'ordre culturel, familial et social lors de la formation des habitudes alimentaires contribuent à réduire l'influence de la culture familiale sur le comportement alimentaire des enfants et des jeunes. En outre, la diminution marquée de l'influence familiale à mesure que les enfants avancent en âge attribuable, entre autres, à la diminution du nombre de repas partagés en famille, fait ressortir l'importance d'encourager de saines pratiques de socialisation alimentaire chez les parents. Étant donné que les interventions portaient surtout sur les aliments servis, la grosseur des portions et les méthodes de préparation des aliments, il serait utile d'examiner de plus près comment les facteurs familiaux influencent de telles « pratiques en matière d'alimentation » et de vérifier si ces facteurs peuvent ou non servir à la prédiction des comportements alimentaires et du poids corporel^{61,126}. Bien qu'on constate un accroissement continu des portions dans l'industrie du *fast food* et le secteur de l'alimentation au détail

(p. ex., muffins, baguets, boissons gazeuses et confiseries), peu d'études ont été menées quant à l'existence d'un tel phénomène dans les foyers. Des études s'imposent également en vue de préciser et de confirmer l'influence des pairs et des frères et sœurs sur le comportement alimentaire.

2. *Des études portant sur l'influence de l'environnement scolaire sur la saine alimentation, plus particulièrement sur l'impact des politiques en matière de nutrition et de l'exemple qu'on y donne.*

Bien que des changements aient été observés au niveau de l'environnement scolaire au Canada, des études permettent de supposer que de nombreuses écoles ne parviennent pas à offrir un environnement vraiment favorable à la saine alimentation¹¹⁰⁻¹¹⁴. En effet, même si les élèves reçoivent certaines informations sur la nutrition au sein de leurs cours, il semble que des messages confus et contreproductifs soient transmis dans les cafétérias et ailleurs dans les écoles^{12,109}. Il est encourageant de constater que l'enthousiasme démontré à cet égard par des enseignants ou des pairs favorise l'acceptation d'aliments sains chez les enfants d'âge préscolaire. On pourrait peut-être avoir recours à de telles stratégies de promotion de la saine alimentation dans les garderies et les écoles maternelles. Pour être en mesure de concevoir des interventions plus efficaces, à la fois dans les écoles et au foyer, il faudra documenter davantage les stratégies pédagogiques fondées sur l'exemple, ainsi que les caractéristiques environnementales ou personnelles qui motivent les enfants à se conformer à l'exemple donné⁸⁹. Des études récentes ont révélé qu'une modification des variables économiques entourant les choix alimentaires dans les écoles ou dans d'autres milieux, tels que les épiceries, pourrait avoir des retombées positives sur la saine alimentation⁵⁸. Il faudra valider les conclusions de ces études par rapport à un plus grand nombre d'aliments, d'environnements et de groupes d'âge. Finalement, il faudra surveiller l'impact des politiques scolaires en matière de nutrition, aussi bien sur l'amélioration de l'environnement scolaire que sur les comportements alimentaires. Il faudra également vérifier si de telles politiques prévoient également une augmentation du temps consacré à l'activité physique dans les écoles.

3. Les effets des médias de masse sur la saine alimentation.

Les données de la plupart des études confirmant l'efficacité des messages publicitaires télévisés au niveau de la modification des comportements alimentaires sont habituellement réservées aux spécialistes en marketing. Les chercheurs et le grand public n'y ont donc pas accès. Bien que les sommes investies parlent par elles-mêmes^{98,127}, il faudra examiner le véritable impact de la télévision sur les connaissances, les perceptions et les opinions des enfants et des jeunes en matière de nutrition et surtout vérifier quels aliments ils consomment suite à une exposition à de tels messages¹²⁸.

4. Des études sur les préférences alimentaires, les connaissances en nutrition et les compétences culinaires chez les enfants et les jeunes et sur l'impact de ces facteurs sur la modification des comportements.

Parmi les déterminants individuels, seules les préférences alimentaires et les goûts ont été régulièrement identifiés en tant que facteurs de prédiction importants d'une saine alimentation, aussi bien chez les jeunes enfants que chez les adolescents²²⁻³⁰. Étant donné que les préférences alimentaires ne correspondent pas toujours aux connaissances en nutrition, les éducateurs devraient non seulement enseigner aux enfants *quoi manger*, mais aussi les aider à choisir des aliments à la fois sains et appétissants¹²⁹. Bien qu'on ait démontré une certaine association entre les connaissances et les comportements, plus particulièrement chez des enfants plus âgés^{32,34,35,44}, il faudra évaluer la capacité des enfants d'identifier les aliments qui leur permettent de respecter les recommandations nutritionnelles. En effet, il ne suffit pas que les enfants répètent les recommandations nutritionnelles comme des perroquets, il faut qu'ils sachent reconnaître les aliments sains et qu'ils en fassent la demande (p. ex., des aliments plus faibles en gras)¹²⁹. Des études longitudinales s'imposent sur la relation entre les connaissances et les comportements alimentaires, ainsi que des études permettant de comparer des enfants provenant de diverses cultures ou milieux socio-économiques. Les méthodes qualitatives semblent particulièrement prometteuses en ce qui a trait à l'influence des connaissances sur la saine

alimentation¹²⁹. La relation entre les habiletés culinaires (c.-à-d. la sélection et la préparation des aliments) et la saine alimentation devra aussi être examinée, à la fois chez les enfants et leurs parents. Compte tenu de la moindre importance désormais accordée à l'acquisition d'habiletés culinaires dans le système scolaire canadien suite aux modifications apportées aux programmes de sciences domestiques ou d'études familiales¹³⁰ et de la consommation croissante d'aliments prêts-à-manger ou pré préparés dans les foyers, il devient particulièrement important de trouver des moyens permettant aux enfants d'acquérir des habiletés culinaires et de s'en servir pour faire de bons choix alimentaires.

5. Les problèmes d'ordre méthodologique reliés à l'étude des multiples déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes et des interactions de ces déterminants.

La plupart des études se limitaient à l'examen de relations à deux variables⁷¹, à partir de protocoles non expérimentaux. Elles ne visaient pas à identifier une relation de cause à effet entre certains déterminants et les comportements alimentaires observés chez les enfants et les jeunes. De nombreuses études expérimentales portaient sur la consommation de fruits et légumes¹³¹⁻¹³³. Bien que les déterminants de la saine alimentation semblent varier en fonction des aliments, il semble irréaliste de développer des modèles prédictifs pour chacun des aliments⁴⁵. On propose plutôt d'examiner les déterminants de la consommation alimentaire par rapport à des regroupements homogènes d'aliments.

De façon à remédier à la faiblesse des modèles psychosociaux en matière de prédiction de la consommation alimentaire chez les enfants et les jeunes, on pourrait tenir compte de l'influence proportionnellement plus importante de certains facteurs, tels que la disponibilité des aliments et l'accessibilité à ceux-ci, de même que des actions réciproques de ces deux facteurs¹³³.

Dans la littérature scientifique, on retrouve principalement des études effectuées à partir de méthodes quantitatives. Très peu d'études canadiennes portant sur les déterminants de la saine alimentation chez les enfants ont été menées à partir d'une approche qualitative, une approche

qui pourrait pourtant permettre de mieux comprendre les raisons motivant les enfants et les jeunes à faire des choix positifs. On pourrait ensuite s'inspirer de ces diverses motivations en matière de promotion de la saine alimentation.

6. La surveillance des comportements alimentaires et du poids chez les enfants et les jeunes.

Le Canada devra se doter d'un système de surveillance permettant d'identifier les comportements alimentaires et les préoccupations nutritionnelles spécifiques aux Canadiens et aux Canadiennes, aussi bien à l'échelle nationale que régionale. Pour être en mesure de concevoir des interventions efficaces, de les adapter en fonction des régions, de les évaluer correctement et de formuler des recommandations nutritionnelles appropriées, s'appuyant sur les dernières données scientifiques, il faudra évidemment obtenir des données récentes et précises relativement aux comportements alimentaires des enfants et des jeunes canadiens. À l'heure actuelle, les nutritionnistes du Canada ne disposent pas des données indispensables à cet égard. Bien que des études à faible échelle aient permis d'identifier certaines préoccupations nutritionnelles, le présent examen confirme le manque de données nutritionnelles permettant d'évaluer les comportements alimentaires des enfants à l'échelle nationale. Cette lacune avait déjà été soulignée dans un récent rapport de Santé Canada¹³⁴.

Les obstacles signalés au niveau de l'évaluation des comportements alimentaires chez les enfants et les jeunes accentuent la difficulté d'identifier les principaux déterminants en cause et d'évaluer l'impact des interventions menées en ce sens. Il est toutefois encourageant de constater qu'on recueille actuellement des données nutritionnelles dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2,2, volet nutrition¹³⁵. Des enfants d'âge préscolaire ou scolaire, ainsi que des adolescents, font partie de l'échantillon retenu¹³⁵. On espère que la collecte de données relatives aux indicateurs de la nutrition se poursuivra dans le cadre de ESCC ou d'autres enquêtes nationales. Le rôle important des aliments et des habitudes alimentaires au niveau de la santé et de la prévention des maladies étant de plus en plus reconnu (plutôt que celui de nutri-

ments spécifiques), les systèmes de surveillance devront s'intéresser davantage aux aliments consommés et aux habitudes alimentaires globales. Il faudra en outre concevoir des instruments permettant de mesurer la qualité de l'alimentation chez les enfants¹³⁶, de façon à pouvoir formuler des recommandations nutritionnelles spécifiquement à leur intention.

CONCLUSION

La pénurie actuelle de données canadiennes relatives aux déterminants de la saine alimentation et aux comportements alimentaires chez les enfants et les jeunes représente un obstacle significatif à l'élaboration de politiques et de programmes efficaces. De façon à pouvoir motiver un nombre suffisant de spécialistes en nutrition appliquée à mener des études sur les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes, il faudra reconnaître officiellement l'importance de telles études. Ainsi, il faudra offrir un financement suffisant et continu, tout en identifiant des mentors pouvant guider les chercheurs.

Les conclusions du présent examen devraient servir de point de départ à d'autres examens plus détaillés des déterminants de la saine alimentation. Elles devraient aussi permettre des discussions plus poussées entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs relativement aux priorités de recherche au Canada.

RÉFÉRENCES

- Lino M, Basiotis PP, Gerrior SA, Carlson A. The quality of young children's diets. *Fam Econ Nutr Rev* 2002;14:52-60.
- Suitor CW, Gleason PM. Using dietary reference intake-based methods to estimate the prevalence of inadequate nutrient intake among school aged children. *J Am Diet Assoc* 2002;102:530-36.
- Wilkinson Enns C, Mickle SJ, Goldman JD. Trends in food and nutrient intakes by children in the United States. *Fam Econ Nutr Rev* 2002;14:56-68.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Blum RW. Correlates of inadequate fruit and vegetable consumption among adolescents. *Prev Med* 1996;25:497-505.
- Muñoz CA, Krebs-Smith SM, Ballard-Barbash R, Cleveland LE. Food intakes of US children and adolescents compared with recommendations. *Pediatrics* 1997;100:323-29.
- Muñoz CA, Krebs-Smith SM, Ballard-Barbash R, Cleveland LE. Errors in food intake article. *Pediatrics* 1998;101:952-53.
- Levine EL, Guthrie JF. Nutrient intakes and eating patterns of teenagers. *Fam Econ Nutr Rev* 1997;10:20-35.
- King AJC, Boyce WF, King MA. La santé des jeunes : tendances au Canada. Ottawa, ON: Santé Canada, 1999.
- Evers S, Taylor J, Manske S, Midgett C. Eating and smoking behaviours of school children in Southwestern Ontario and Charlottetown, PEI. *Rev can santé publique* 2001;92:433-36.
- Taylor J, Bradley D, Peacock R. Food Habits Survey of Students in Grades 4 to 9 in the Western School Board. Final Report submitted to the PEI Health Research Program. March, 2003.
- Johnson RK, Nicklas TA. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years. *J Am Diet Assoc* 1999;99:93-101.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *J Sch Health* 1997;67:9-26.
- Bronner YL. Nutritional status outcomes for children: Ethnic, cultural, and environmental contexts. *J Am Diet Assoc* 1996;96:891-903.
- Tremblay MS, Willms JD. Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ* 2000;63:1429-33. Erratum 2001;164(7):970.
- Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics* 1998;101:497-504.
- Chinn S, Rona RJ. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974-94. *BMJ* 2001;322:24-26.
- Morrison JA, James FW, Sprecher DL, Khoury PR, Daniels SR. Sex and race differences in cardiovascular disease risk factor changes in school children, 1975-1990: The Princeton School Study. *Am J Pub Health* 1999;89(11):1708-14.
- Nicklas TA, Webber L, Srinivasan SR, Berenson GS. Secular trends in dietary intakes and cardiovascular risk factors of 10 year old children: The Bogalusa Heart Study (1973-1988). *Am J Clin Nutr* 1993;57:930-37.
- Ernst ND, Obarzanek E. Child health and nutrition: Obesity and high blood cholesterol. *Prev Med* 1994;23(4):427-36.
- Santé Canada. Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé. Février 1996. Tiré du site <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/php/php2.htm#Healthy>, le 27 juin 2003.
- Nicklas T, Bao W, Webber L, Berenson G. Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *J Am Diet Assoc* 1993a;93:886-91.
- Drewnowski A. Taste preferences and food intake. *Annu Rev Nutr* 1997a;17:237-53.
- Birch LL. Children's preferences for high fat foods. *Nutr Rev* 1992;50:249-55.
- Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler PJ, Reidy K. Do food related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school aged children? *J Nutr Educ Behav* 2002;34:310-15.
- Krebs-Smith SM, Heimendinger J, Patterson BH, Subar AF, Kessler R, Pivouka E. Psychosocial factors associated with fruit and vegetable consumption. *Am J Health Promot* 1995;10:98-104.
- Drenowski A, Henderson SA, Levine A, Hann C. Taste and food preferences as predictors of dietary practices in young women. *Public Health Nutr* 1999;2:513-19.
- Resnicow K, Davis-Hearn M, Smith M, Baranowski T, Lin LS, Baronowski J, et al. Social-cognitive predictors of fruit and vegetable intake in children. *Health Psychol* 1997;16:272-76.
- Ross S. 'Do I really have to eat that?': A qualitative study of schoolchildren's food choices and preferences. *Health Educ Journal* 1995;54:312-21.
- Watt RG, Sheiham A. Towards an understanding of young people's conceptualisation of food and eating. *Health Educ J* 1997;56:340-49.
- Baranowski T, Domel S, Gould R, Baranowski J, Leonard S, et al. Increasing fruit and vegetable consumption among 4th and 5th grade students: Results from focus groups using reciprocal determinism. *J Nutr Educ* 1993;25:114-20.
- Kirby S, Baranowski T, Reynolds K, Taylor G, Binkley D. Children's fruit and vegetable intake: Socioeconomic, adult child, regional and urban-rural influences. *J Nutr Educ* 1995;27:261-71.
- Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, Oakley A. Young people and healthy eating: A systematic review of research on barriers and facilitators. London, England: Evidence for Policy and Practice (EPPI-Centre), 2001.
- French SA, Story M, Hannan P, Breitlow KK, Jeffery RW, Baxter JS, Snyder MP. Cognitive and demographic correlates of low-fat vending snack choices among adolescents and adults. *J Am Diet Assoc* 1999;99:471-75.
- Pirouznia M. The correlation between nutrition knowledge and eating behavior in an American school: The role of ethnicity. *Nutr Health* 2000;14:89-107.
- Pirouznia M. The association between nutrition knowledge and eating behavior in male and female adolescents in the US. *Int J Food Sci Nutr* 2001;52:127-32.
- Edwards JS, Hartwell HH. Fruit and vegetables - attitudes and knowledge of primary school children. *J Hum Nutr Diet* 2002;15:365-74.
- Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *J Nutr Educ* 2001;33:193-98.
- Harrell JS, McMurray RG, Bangdiwala SI, Frauman AC, Gansky SA, Bradley CB. Effects of a school-based intervention to reduce cardiovascular disease risk factors in elementary-school children: The Cardiovascular Health in Children (CHIC) study. *J Pediatr* 1996;128:797-805.
- Hart KH, Bishop JA, Truby H. An investigation into school children's knowledge and awareness of food and nutrition. *J Hum Nutr Diet* 2002;15:129-40.
- Hern MJ, Gates D. Linking learning with health behaviours of high school adolescents. *Pediatr Nurs* 1998;24:127-32.
- Keirle K, Thomas M. The influence of school health education programmes on the knowledge and behaviour of school children towards nutrition and health. *Res Sci Technol Educ* 2000;18:173-90.
- Vandongen RV, Jenner DA, Thompson C, Taggart AC, Spickett EE, Burke V, et al. A controlled evaluation of a fitness and nutrition intervention program on cardiovascular health in 10- to 12-year-old children. *Prev Med* 1995;24:9-22.
- Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 2000;34:269-75.
- Berg MC, Goeteborg U, Jonsson I, Conner MT, Lissner L. Relation between breakfast food choices and knowledge of dietary fat and fiber among Swedish schoolchildren. *J Adolesc Health* 2002; 31:199-207.
- Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J. Psychosocial correlates of dietary intake: Advancing dietary intervention. *Annu Rev Nutr* 1999;19:17-40.
- Noble C, Corney M, Eves A, Kipps M, Lumbers M. School meals: Primary schoolchildren's perceptions of the healthiness of foods served at school and their preferences for these foods. *Health Educ J* 2001;60:102-19.

47. Perry CL, Stone E, Parcel GS, Ellison RC, Nader PR, Webber LS, Luepker RV. School-based cardiovascular health promotion: The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *J Sch Health* 1990;60:406-13.
48. Reynolds KD, Franklin FA, Binkley D, Raczynski JM, Harrington KF, Kirk KA, Person S. Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: Results from the High 5 Project. *Prev Med* 2000;20:309-19.
49. O'Dea JA. Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003;103:497-501.
50. Reynolds KD, Hinton AW, Shewchuk RM, Hickey CA. Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary children. *J Nutr Educ* 1999a;31:23-30.
51. Berg C, Jonsson I, Conner M. Understanding choice of milk and bread for breakfast among Swedish children aged 11-15 years: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Appetite* 2000;34:5-19.
52. Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. School-based obesity prevention: A blueprint for taming the epidemic. *Am J Health Behav* 2002;26:486-93.
53. Lytle LA, Varnell S, Murray DM, Story M, Perry C, Nirmbaum AS, Kubik MY. Predicting adolescents' intake of fruits and vegetables. *J Nutr Educ Behav* 2003;35:170-78.
54. Chapman G, MacLean H. "Junk food" and "healthy food": Meanings of food in adolescent women's culture. *J Nutr Educ* 1993;25:108-13.
55. Novotny R, Han JS, Biernacke I. Motivators and barriers to consuming calcium-rich foods among Asian adolescents in Hawaii. *J Nutr Educ* 1999;31:99-104.
56. Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *J Nutr Educ* 2001;33:193-98.
57. Drewnowski A. Fat and sugar: An economic analysis. *J Nutr* 2003;133:838S-840S.
58. French SA. Pricing effects on food choices. *J Nutr* 2003;133:841S-843S.
59. Guthrie JF, Lin B-H, Frazao E. Role of food prepared away from home in the American diet, 1977-78 versus 1994-96: Changes and consequences. *J Nutr Educ Behav* 2002;34:140-50.
60. Pelto GH, Backstrand JR. Interrelationships between power related and belief-related factors determine nutrition in populations. *J Nutr* 2003;133:297S-300S.
61. Cullen KW, Lara KM, de Moor C. Children's dietary fat intake and fat practices vary by meal and day. *J Am Diet Assoc* 2002b;102:1773-78.
62. Guillaume M, Lapidus L, Lambert A. Obesity and nutrition in children. The Belgian Luxembourg Child Study IV. *Eur J Clin Nutr* 1998;52:323-28.
63. Crawford PB, Obarzanek E, Schreiber GB, Barrier P, Goldman S, Frederick MM, Sabry ZI. The effects of race, household income and parental education on nutrient intakes of 9 and 10 year old girls. *Ann Epidemiol* 1995;5:360-68.
64. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003;103:317-22.
65. Appentell S. The globalization of eating. *Appetite*. 2000;35:191-92.
66. Kronld M, Lau D. Acculturation of food habits. In: Masi R, Mensah LL, MacLeod K (Eds), *Health and Cultures, Vol. I*. Oakville, ON: Mosaic Press Publishers, 1993;185-94.
67. Kuhnlein HV, Soueida R, Receveur O. Baffin Inuit food use by age, gender and season. *J Can Diet Assoc* 1995;56:175-83.
68. Evers S. Dietary intake and nutritional status of Canadian Indians: A review. *Arctic Med Res* 1991;50(Suppl 5):731-34.
69. Trifonopoulos M, Kuhnlein H, Receveur O. Analysis of 24-hour recalls of 164 fourth- to sixth-grade Mohawk children in Kahnawake. *J Am Diet Assoc* 1998;98:814-16.
70. Morrison NE, Receveur O, Kuhnlein HV, Appavoo DM, Soueida R, Pierron P. Contemporary Sahtu Dene/Metis use of traditional and market food. *Ecol Food Nutr* 1995;34:197-210.
71. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev* 2001;2:159-71.
72. Oliveria SA, Ellison RC, Moore LL, Gillman MW, Garrahe EJ, Singer MR. Parent-child relationships in nutrient intake: The Framingham Children's Study. *Am J Clin Nutr* 1992;56:593-98.
73. Nicklas TA, Baranowski T, Cullen KW, Berenson G. Eating patterns, dietary quality and obesity. *J Am Coll Nutr* 2001a;20:599-608.
74. Resnicow K, Davis-Hearn M, Smith M, Baranowski T, Lin LS, Baranowski J, Doyle C, Wang DT. Social-cognitive predictors of fruit and vegetable intake in children. *Health Psychol* 1997;16:272-76.
75. Hearn MD, Baranowski T, Baranowski J, Doyle C, Smith M, Lin L, Resnicow K. Environmental influences on dietary behaviour among children: Availability and accessibility of fruits and vegetables enable consumption. *J Health Educ* 1998;29:26-32.
76. Backman DR, Haddad EH, Lee JW, Johnston PK, Hodgkin GE. Psychosocial predictors of healthful dietary behavior in adolescents. *J Nutr Educ Behav* 2002;34:184-93.
77. Promoting Healthy Eating and Active Living in Children Project. Barriers and enablers to healthy eating and active living in children: Key findings in six Nova Scotia communities. Canadian Diabetes Association. December, 2002.
78. Tibbs T, Haire-Joshu D, Schechtman KB, Brownson RC, Nanney MS, Houston C, Auslander W. The relationship between parental modeling, eating patterns, and dietary intake among African-American parents. *J Am Diet Assoc* 2001;101:535-41.
79. Skinner JD, Carruth BR, Moran III J, Houck K, Schmidhammer J, Reed A, Coletta F. Toddlers' food preferences: Concordance with family members' preferences. *J Nutr Educ* 1998;30:17-22.
80. Neumark-Sztainer D. The social environments of adolescents: associations between socio-environmental factors and health behaviors during adolescence. *Adolesc Med* 1999a;10:41-55.
81. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HRH, Camargo CA, Field AE, et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med* 2000;9:235-40.
82. Videon TM, Manning CK. Influence on adolescent eating patterns; The importance of family meals. *J Adolesc Health* 2003;32:365-73.
83. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to foods and children's eating. *Appetite* 1999a;32:405-19.
84. Birch LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr* 1998;128:407S-410S.
85. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to a palatable food affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr* 1999b;69:1264-72.
86. Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc* 1998;57:617-24.
87. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101:539-49.
88. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient and fat intakes. *J Am Diet Assoc* 2002;102:58-64.
89. Nicklas TA, Baranowski T, Baranowski J, Cullen K, Rittenberry L, Olivera N. Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice and vegetable consumption. *Nutr Rev* 2001b;59:224-35.
90. Contento IR, Basch C, Shea S, Guting B, Zybert P, Michela JL, Rips J. Relationship of mothers' food choice criteria to food intake of preschool children: identification of family subgroups. *Health Educ Q* 1993;20:243-59.
91. Zive MM, Berry CC, Sallis JF, Frank GC, Nader PR. Tracking dietary intake in white and Mexican-American children from age 4 to 12 years. *J Am Diet Assoc* 2002a;102:683-89.
92. Gibson EL, Wardle J, Watts CJ. Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite* 1998;31:205-28.
93. Gable S, Lutz S. Nutrition socialization experiences of children in the Head Start program. *J Am Diet Assoc* 2001;101:572-77.
94. Birch LL. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences. *Child Dev* 1980;51:489-96.
95. Hendy HM, Raudenbush B. Effectiveness of teacher modelling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite* 2000;34:61-76.
96. Marquis M, Dagenais F, Filion YP. The habit of eating while watching television, the frequency of consumption of specific foods and food preferences, as reported by Quebec children. *Can J Diet Pract Res* 2002;63:S104.
97. Francis LA, Lee Y, Birch LL. Parental weight status and girls' television viewing, snacking, and body mass indexes. *Obes Res* 2003;11:143-51.
98. Byrd-Bredbenner C, Grasso D. What is television trying to make children swallow?: Content analysis of the nutrition information in prime time advertisements. *J Nutr Educ* 2000;32:187-95.
99. Wadsworth LA, MacQuarrie A. Nutrition messages on Saturday morning children's television: 1989-1998. *Can J Diet Pract Res* 2002;63(Suppl):105.
100. Østbye T, Pomerleau J, White M, Coolich M, McWhinney J. Food and nutrition in Canadian "prime time" television commercials. *Can J Public Health* 1993;84:370-74.
101. Borzekowski DL, Robinson TN. The 30-second effect: An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *J Am Diet Assoc* 2001;101:42-46.
102. Hanley AJG, Harris SB, Gittelsohn J, Wolever TMS, Saksvig B, Zinman B. Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: Prevalence and associated factors. *Am J Clin Nutr* 2000;71:693-700.
103. Berkey CS, Rockett HRH, Field AE, Gillman MW, Frazier AL, Camargo Jr CA, Colditz GA. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics* 2000;105:56.
104. Field AE, Camargo Jr CA, Barr Taylor C, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001;107:54-60.
105. Young LR, Nestle M. Expanding portion sizes in the US marketplace: Implications for nutrition counseling. *J Am Diet Assoc* 2003;103:231-34.
106. Rolls BJ, Engell D, Birch LL. Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intake. *J Am Diet Assoc* 2000;100:232-34.
107. Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 1998;280:1371-74.
108. Neumark-Sztainer D, Martin SL, Story M. School-based programs for obesity prevention:

- What do adolescents recommend? *Am J Health Promot* 2000a;14:232-35.
109. Briggs M, Safaïi S, Beall DL. Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education and American School Food Service Association-Nutrition Services: An essential component of comprehensive school health programs. *J Am Diet Assoc* 2003;103:505-14.
 110. Rankine D. Foods Available in New Brunswick Schools. Survey Report 1989-1990. Health Promotion and Disease Prevention Unit, Public Health/Medical Services Division, Department of Health and Community Services. November, 1990.
 111. Nova Scotia Department of Health, Nova Scotia Nutrition Council. Foods Offered in Schools. Report of a survey of school food provision practices in Nova Scotia. Halifax, 1993.
 112. Manitoba Council on Child Nutrition. 2001. Food and nutrition in Manitoba schools. Survey Report 2001. Retrieved July 5, 2002 at: <http://www.mast.mb.ca/communications/poverty/MCCN.pdf>
 113. Taylor JP, Mather SE, McBride TL. Food and nutrition policies and programs in Prince Edward Island schools. Presented at the Second Conference of the International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA). Quebec City, July, 2003c.
 114. Coalition for School Nutrition. 2001. Survey of food and nutrition policies and services in Newfoundland and Labrador. Retrieved July 5, 2002 from: http://www.nlta.nf.ca/html_files/coalition/survey.html
 115. Health Canada. Scan of Canadian Nutrition Programs for School-Aged Children. Ottawa, ON: Health Canada. Childhood and Youth Division, 1998.
 116. Luepker R, Perry C, McKinlay SM, Nader PR, Parcel GS, Stone EJ, et al. Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity: The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *JAMA* 1996;275:768-76.
 117. Tarasuk V, Beaton G. Household food insecurity and hunger among families using food banks. *Can J Public Health* 1999a;90:109-13.
 118. Tarasuk VS, Beaton GH. Women's dietary intake in the context of household food insecurity. *J Nutr* 1999b;129:672-79.
 119. McIntyre L, Glanville NT, Raine KD, Dayle JB, Anderson B. Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? *CMAJ* 2003;168:686-91.
 120. Hamelin AM, Habicht JP, Beaudry M. Food insecurity: Consequences for the household and broader social implications. *J Nutr* 1999;129:525S-528S.
 121. Badun C, Evers S, Hooper M. Food security and nutritional concerns of parents in an economically disadvantaged community. *J Can Diet Assoc* 1995;56:75-80.
 122. Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Appetite* 1994;23:147-63.
 123. Pliner P, Stallberg-White C. "Pass the ketchup, please.": Familiar flavours increase children's willingness to try novel foods. *Appetite* 2000;34:95-103.
 124. De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Family members' influence on decision making about food: Differences in perception and relationship with healthy eating. *Am J Health Promot* 1998;13:73-81.
 125. Alderson TSJ, Ogden J. What do mothers feed their children and why? *Health Educ Res* 1999;14:717-27.
 126. Cullen KW, Lara KM, de Moor C. Children's dietary fat intake and fat practices vary by meal and day. *J Am Diet Assoc* 2002b;102:1773-78.
 127. Fried EJ, Nestle M. The growing political movement against soft drinks in schools. *JAMA* 2002;288:2181.
 128. Kuribayashi A, Roberts MC, Johnson RJ. Actual nutritional information of products advertised to children and adults on Saturday. *Child Health Care* 2001;30:309-22.
 129. Lytle LA, Eldredge AL, Kotz K, Piper J, Williams S, Kalina B. Children's interpretation of nutrition messages. *J Nutr Educ* 1997;29:128-36.
 130. McQuaid S, Allen T, Smith N. A review of the labor market status of home economists in PEI. A report prepared for the PEI Home Economics Association and the University of Prince Edward Island. November, 2001.
 131. Reynolds KD, Franklin FA, Binkley D, Raczynski JM, Harrington KF, Kirk KA, Person S. Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: Results from the High 5 Project. *Prev Med* 2000;20:309-19.
 132. Domel SB, Baranowski T, Davis H, Thompson WO, Leonard SB, Riley P, et al. Development and evaluation of a school intervention to increase fruit and vegetable consumption among 4th and 5th grade students. *J Nutr Educ* 1993;25:345-49.
 133. Lytle LA, Fulkerson JA. Assessing the dietary environment: Examples from school based interventions. *Public Health Nutr* 2002;5:893-99.
 134. McAmmond D. Promotion et mesures de soutien d'une saine alimentation : Premier survol des lacunes au niveau des connaissances et des besoins en matière de recherche: Rapport final préparé pour le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada. Mars 2001.
 135. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1. Tiré de http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle2_1/cchsinfo_f.htm, le 30 mars 2003.
 136. Contento IR, Randell JS, Basch CE. Review and analysis of evaluation measures used in nutrition education intervention research. *J Nutr Educ Behav* 2002;34:2-25.

Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité

Hélène Payette, Ph.D.¹

Bryna Shatenstein, Ph.D., P.Dt.²

RÉSUMÉ

Chez les personnes âgées, les choix alimentaires et les activités connexes sont influencés par l'état de santé, les changements biologiques dus au vieillissement et les habiletés fonctionnelles, tout cela dans le contexte plus large de facteurs familiaux, sociaux et économiques. Les déterminants de la saine alimentation peuvent être d'ordre individuel ou collectif. Parmi les facteurs individuels, mentionnons l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, les problèmes physiologiques ou de santé, les attributs psychologiques, les habitudes de vie ainsi que les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements. Ces facteurs s'ajoutent à d'autres déterminants universels de l'alimentation tels que le revenu, le statut social et la culture. Parmi les déterminants collectifs de la saine alimentation, mentionnons l'étiquetage nutritionnel, un environnement favorable à l'achat des aliments, les messages publicitaires entourant la « saine alimentation », un soutien social approprié et un service communautaire efficace de livraison des repas. Tous ces facteurs peuvent influencer les habitudes alimentaires et par conséquent favoriser une saine alimentation. On observe toutefois une grave pénurie d'études en la matière, plus particulièrement au Canada. Le présent article a été rédigé suite à la consultation de banques de données informatisées, à partir de critères et de chaînes de recherche. Il a pour but de faire ressortir l'état actuel des connaissances ainsi que les lacunes au niveau de la recherche portant sur les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées au Canada. En conclusion, les personnes âgées bien portantes, autonomes et sans contraintes financières continuent à gérer leur alimentation, peu importe leur milieu de vie, tandis qu'on observe un risque nutritionnel élevé chez les personnes en mauvaise santé ou qui manquent de ressources. De nouvelles études s'imposent en vue de permettre une meilleure compréhension des facteurs qui contribuent à la saine alimentation, de même que l'élaboration et l'évaluation de programmes et de services visant à promouvoir la saine alimentation auprès des personnes âgées du Canada et à la favoriser.

Mots clés : personnes âgées; nutrition; déterminants; habitudes alimentaires; saine alimentation

1. Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Directrice, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke (Qc)
2. Professeure agrégée, Département de nutrition, Université de Montréal, Chercheure, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Qc)

Correspondance : M^{me} Hélène Payette, Directrice, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke, Québec J1H 4C4, Tél. : 819-829-7131, poste 2631, Téléc. : 819-829-7141, Courriel: helene.payette@usherbrooke.ca

Remerciements : Les auteures tiennent à remercier tout particulièrement Céline Lapointe et Sandra Bérubé de leur collaboration au niveau de la recherche bibliographique et de l'examen de la documentation.

À l'heure actuelle, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 13 % de la population nationale¹. On observe la plus forte augmentation chez le segment de population des 80 ans et plus. Ce segment devrait augmenter de 43 % au cours de la prochaine décennie. La plupart des personnes de 65 ans et plus vivent à la maison (93 %); elles déclarent généralement être en bonne santé¹. Toutefois, 41 % des Canadiens et Canadiennes âgés affirment souffrir de diverses incapacités, à savoir de problèmes de vision, de mémoire, de surdité, d'élocution, de mobilité et d'agilité. Ces personnes éprouvent aussi des douleurs, des difficultés d'apprentissage ou d'adaptation, ou encore des problèmes psychologiques². Les personnes qui vieillissent particulièrement bien conservent leur autonomie tout en démontrant peu ou très peu de pertes fonctionnelles. Celles qui vieillissent normalement conservent leur autonomie malgré divers problèmes médicaux. Par ailleurs, on observe parfois un processus de vieillissement accéléré chez certaines personnes qui souffrent de nombreuses maladies chroniques ou d'incapacités. Ces personnes doivent habituellement vivre en institution^{3,4}.

On croit généralement que le vieillissement modifie les besoins en énergie, en protéines et en divers autres nutriments, en raison des changements observés au niveau de la masse musculaire, de l'activité physique et de l'absorption intestinale. Ainsi, les besoins énergétiques diminuent avec l'âge à cause d'une réduction du métabolisme basal⁵, d'une réduction de la masse musculaire (sarcopénie)⁶ et de l'adoption d'un mode de vie plus sédentaire^{7,8}. Il est toutefois probable que les besoins énergétiques soient en réalité plus élevés que ceux fixés dans les recommandations actuelles⁹⁻¹¹, étant donné que la régulation de l'apport alimentaire est perturbée chez les personnes âgées¹². En effet, la consommation totale d'énergie diminue généralement avec l'âge, ce qui réduit par le fait même l'apport de la plupart des nutriments. On observe alors des apports inférieurs aux apports recommandés dans de nombreux cas¹³⁻¹⁸.

Chez les personnes âgées, les activités entourant l'alimentation sont grandement influencées par l'état de santé et les habiletés fonctionnelles¹⁹⁻²¹. Ainsi, de nombreux facteurs peuvent favoriser l'alimentation, dont la capacité de se procurer des

aliments, de préparer des repas nutritifs, de s'alimenter par soi-même ou d'obtenir de l'aide à cet égard, de même qu'un environnement agréable lors de la consommation des repas et la disponibilité de mets appétissants²²⁻²⁴. Par ailleurs, une mauvaise alimentation peut accentuer la fragilité et les troubles fonctionnels^{25,26}, tout en entraînant une perte de masse musculaire, des anomalies métaboliques et une diminution de l'immunité. La malnutrition se manifeste tout au long d'un continuum. Ainsi, on observe parfois un manque d'appétit, un apport alimentaire insuffisant, un statut nutritionnel inadéquat, une perte de poids et une perte de masse musculaire²⁷.

Il faut toutefois interpréter prudemment de telles constatations étant donné qu'il est très difficile de différencier les effets du vieillissement lui-même de ceux de nombreux facteurs confondants, tels que l'effet de cohorte ou de la période temporelle et la mortalité sélective, surtout lors d'études transversales. À la lumière du faible nombre d'études disponibles portant sur l'alimentation des personnes âgées non institutionnalisées éprouvant des handicaps fonctionnels ou souffrant d'une mauvaise santé, on suppose que l'alimentation ne fournit pas suffisamment d'énergie, de protéines, ni de la plupart des micronutriments²⁸⁻³⁵.

Le présent article a pour but de faire ressortir l'état actuel des connaissances ainsi que les lacunes au niveau de la recherche entourant les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées au Canada.

MÉTHODOLOGIE ET RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Après avoir identifié les critères et chaînes de recherche pertinents, nous avons examiné la documentation scientifique publiée entre 1990 et 2003 ainsi que plusieurs autres documents pertinents publiés antérieurement. De façon à nous procurer des données relatives aux déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées, nous avons eu recours à des moteurs de recherche électroniques, tels que MEDLINE, Ageline et PsycINFO, entre autres. Nous avons également consulté des exposés de principe et de nombreux sites Web d'organisations nationales, internationales, gouvernementales ou de la santé publique, ainsi que des bulletins électroniques. Nous

avons aussi utilisé les moteurs de recherche habituels, dont Google et Alta Vista, et examiné la littérature non scientifique pertinente répertoriée dans un catalogue bilingue (français - anglais) élaboré par la Bibliothèque de gériatrie et de gérontologie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Parmi les mots clés utilisés, mentionnons : *healthy eating in seniors, determinants of diet in elderly, factors influencing diet in elderly, determinants of nutrition status in elderly, determinants of food choice (intake / consumption / habits / practices) in older people, nutritional health promotion in the elderly, and targeted specific issues such as: social support and healthy eating*.

Nous avons consulté les études récentes publiées dans des journaux scientifiques révisés par des pairs et examiné des rapports de conférences scientifiques traitant des recherches en cours au Canada, aux États-Unis ou à l'échelle internationale. Nous avons également interrogé des chercheurs canadiens et des gérontologues spécialisés en nutrition relativement à leurs travaux. Toutes les études retenues dans le cadre du présent examen devaient porter sur des sujets de 65 ans et plus, tandis que la variable dépendante devait être la « saine alimentation », aussi bien dans le cas des études transversales que longitudinales. Nous avons exclu certaines études qui avaient été publiées dans une autre langue que l'anglais ou le français ou dont la méthodologie n'était pas explicitée ou crédible. La pertinence du matériel a été évaluée par les deux auteures, suite à la lecture des résumés ou, au besoin, des articles complets. Les articles traitant de sous-groupes spécifiques de la population ont fait l'objet de discussions, puis utilisés en fonction du contexte, à la discrétion des auteures.

Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées

Les déterminants individuels de la saine alimentation

Parmi les facteurs individuels influençant les habitudes alimentaires, mentionnons l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et d'autres facteurs d'ordre socio-économique, les problèmes physiologiques ou de santé, les attributs psychologiques, les conditions de vie, de même que les con-

naissances, les attitudes, les croyances et les comportements. À mesure que les gens avancent en âge, ces facteurs entraînent souvent une modification des choix alimentaires ainsi qu'une diminution de l'apport alimentaire^{25,36-39}. Il faut également tenir compte du statut marital, du tabagisme, de l'état de santé, du niveau d'activité physique, de divers attributs physiologiques ou fonctionnels ainsi que des changements physiologiques dus au vieillissement et de certains déterminants universels de l'alimentation tels que le sexe, le niveau d'instruction, le revenu, le statut social et la culture. Bien qu'on ait fréquemment associé un niveau d'instruction et un revenu plus élevés aux connaissances et comportements souhaitables en matière de saine alimentation et de prévention des maladies dans des études menées aux États-Unis, en Europe⁴⁰⁻⁴⁸ et au Canada²¹, on ne retrouve pas les mêmes conclusions partout^{49,50}. Il est possible que ces résultats contradictoires reflètent non seulement l'hétérogénéité des populations de personnes âgées, mais aussi l'impact de divers facteurs confondants. Ainsi, les personnes âgées défavorisées ont moins facilement accès aux aliments; elles souffrent plus fréquemment de problèmes de santé⁵¹. Ces contradictions ressortent davantage lorsqu'on compare les conclusions d'études transversales et longitudinales. Ainsi, pendant une période de 6 ans, l'âge apparaît comme un facteur de prédiction positif de la qualité de l'alimentation, particulièrement chez les femmes⁵².

Une détérioration des capacités visuelles¹³, auditives ou olfactives⁵³⁻⁵⁶ peut avoir des effets négatifs sur l'apport alimentaire et l'appétit, tandis que de nombreux médicaments peuvent nuire à l'acuité gustative⁵⁷. Un mauvais état dentaire (perte des dents, mauvais soins des dents ou des gencives) et la diminution de la sécrétion salivaire nuisent à la mastication, au broyage des aliments et à la digestion enzymatique qui devrait normalement commencer dans la bouche⁵⁸⁻⁶⁰. Il a été démontré que tous ces processus, de même que les mécanismes de contrôle de la satiété et du métabolisme énergétique^{61,62}, sont perturbés chez les personnes âgées. C'est d'ailleurs ce qui entraîne l'apparition de « l'anorexie physiologique du vieillissement »^{63,64}.

La solitude peut aussi être responsable d'apports insuffisants en nutriments^{40,65}. Il

a en effet été démontré que les apports nutritionnels s'amélioreraient lorsque les bénévoles qui livrent la Popote roulante restaient avec les récipiendaires tout au long du repas⁶⁶. On observe généralement de meilleurs apports en nutriments chez les personnes mieux sensibilisées à l'importance de la nutrition et de la santé^{40,67-70} que chez celles qui ont une perception négative de leur propre santé physique^{21,65}. Dans le cadre d'analyses secondaires effectuées sur des données recueillies auprès de Québécois et Québécoises de 65 à 74 ans⁷¹, des analyses de régression ont démontré que les facteurs présentant la plus forte corrélation avec la qualité de l'alimentation étaient les suivants : le niveau d'importance attribué à la saine alimentation, un niveau d'instruction plus élevé, de même que le fait d'habiter en ville, d'être non fumeur et de faire régulièrement de l'exercice⁷⁰. Il faut également tenir compte de l'utilisation de suppléments chez les personnes âgées, étant donné que cela peut indiquer, soit un mode de vie plus sain et un apport plus élevé en nutriments⁷², ou plutôt un désir de contrecarrer les effets néfastes d'une mauvaise alimentation⁷⁰. Finalement, les personnes âgées ont tendance à avoir une consommation d'alcool modérée⁷³. On sait qu'une consommation d'alcool de faible à modérée est associée à un meilleur profil nutritionnel^{47,73}.

Les déterminants collectifs de la saine alimentation

Chez les personnes âgées, le choix des aliments est motivé par des attributs d'ordre individuel qui se situent dans le contexte plus large de facteurs familiaux, sociaux et économiques. Parmi les déterminants collectifs de la saine alimentation, mentionnons l'étiquetage nutritionnel, un environnement favorable à l'achat des aliments^{74,75}, les messages publicitaires entourant la « saine alimentation »^{75,76}, un soutien social approprié⁷⁰ et un service communautaire efficace de livraison des repas^{31,77}. Tous ces facteurs peuvent influencer les habitudes alimentaires et donc favoriser une saine alimentation. On observe toutefois une grave pénurie d'études en la matière, plus particulièrement au Canada.

L'influence du soutien social et des conditions de vie sur la qualité de l'alimentation demeure controversée dans le cas des

personnes âgées vivant dans la collectivité. Ainsi, bien que certaines études aient démontré une relation positive à cet égard^{21,65,68,70,78-80}, d'autres ont révélé que la qualité de l'alimentation ne se détériorait pas en présence d'un réseau social insuffisant⁸¹. On suppose toutefois que l'isolement géographique influence négativement le statut nutritionnel chez les personnes âgées⁸². Ainsi, une étude menée en Pologne a révélé une différence au niveau de la composition des repas entre les milieux urbain et rural⁸³, à savoir une plus faible consommation de certains groupes alimentaires (viande, poisson et oeufs, fruits et dérivés, graisses et huiles) chez les personnes âgées vivant en milieu rural. On a supposé que cette détérioration des habitudes alimentaires était attribuable à une faible efficacité des systèmes de distribution alimentaire et au faible pouvoir d'achat des habitants des zones rurales. Par contre, d'autres études comparatives menées auprès de personnes âgées vivant en milieu urbain ou rural aux États-Unis^{84,85} ont démontré que les apports en nutriments n'étaient pas reliés à l'environnement géographique. De telles observations, qui résultent peut-être de certaines caractéristiques des populations étudiées, démontrent la difficulté de tirer des conclusions à partir de l'âge, du sexe, de divers facteurs socio-économiques ou de l'état de santé lorsqu'on compare des personnes âgées vivant en milieu urbain ou rural. L'environnement alimentaire local a toutefois un impact sur le choix des aliments, peu importe où l'on vit.

Par ailleurs, des études portant sur la consommation alimentaire permettent de supposer que la perte du conjoint ou de la conjointe a des effets potentiellement négatifs sur l'apport alimentaire. En effet, on observe alors un changement de poids et de nombreux problèmes qui influencent négativement la santé, tels qu'une dépression, une « autogestion nutritionnelle » moins efficace ainsi qu'une modification du comportement alimentaire et de l'apport alimentaire^{86,87}, plus particulièrement chez les hommes de plus de 75 ans^{40,65,78,88} qui ont de faibles revenus⁸⁹. Bien qu'on ait constaté que le fait de vivre seul influence fortement les apports alimentaires chez les hommes^{80,88-90}, on observe des résultats contradictoires à cet égard^{91,92}, spécialement chez les femmes⁸⁸. Les données rela-

tives à l'influence de l'environnement familial immédiat sur l'apport alimentaire ne sont donc pas concluantes. Cette constatation pourrait résulter de certains facteurs culturels ou d'autres différences au sein des échantillons étudiés.

En conclusion, l'examen des études relatives à l'alimentation des personnes âgées vivant dans la collectivité a permis d'identifier deux pôles, à savoir d'une part les veufs ou veuves en bonne santé, sans contraintes financières qui conduisent toujours leur auto. Ces personnes conservent leur autonomie et continuent à gérer elles-mêmes leur alimentation. D'autre part, on observe un risque nutritionnel élevé chez les personnes en mauvaise santé, ne disposant d'aucun aidant naturel, qui ont peu de contacts sociaux et qui ont de la difficulté à se procurer des services officiels. On observe parfois des apports alimentaires insuffisants chez ce dernier groupe en raison des habiletés souvent fort restreintes en matière de préparation des aliments. De telles observations qualitatives sont appuyées par des analyses secondaires de données provenant d'enquêtes sur la nutrition menées au Québec⁷⁰.

Il s'avère parfois difficile de démêler tout cela, compte tenu de la grande diversité des besoins nutritionnels et des diverses stratégies adoptées par les personnes âgées en vue de combler leurs propres besoins. Seules des études longitudinales pourraient permettre de préciser l'influence respective des divers facteurs en cause. Étant donné que les interactions entre ces facteurs sont fort complexes et le fait que les études réalisées à ce jour sont surtout des études transversales, il demeure pratiquement impossible de différencier les influences respectives des déterminants individuels et collectifs.

LACUNES AU NIVEAU DES CONNAISSANCES ET PISTES DE RECHERCHE

On retrouve dans la section qui suit un résumé des lacunes observées au niveau des connaissances tout au long du présent examen, de même que des pistes de recherche. De nouvelles études s'imposent, ainsi qu'une surveillance alimentaire continue, afin de mieux comprendre les habitudes de consommation alimentaire chez les personnes âgées. En plus d'être adaptées aux po-

pulations visées, de telles études devront faire appel à des instruments de mesure précis, intégrer diverses approches, une méthodologie reconnue et des outils d'évaluation nutritionnelle valides, de façon à pouvoir tenir compte de la grande diversité observée au sein des populations de personnes âgées.

Il faudra étudier prioritairement les interactions entre les déterminants individuels et collectifs de la saine alimentation dans le contexte canadien. Pour atteindre cet objectif, des études longitudinales portant sur les aspects épidémiologiques et sociaux du vieillissement devraient être réalisées. Ces études devront décrire la chronologie des événements et la direction des relations de cause à effet. Il faudra évaluer et suivre dans le temps les apports alimentaires des personnes âgées, leurs besoins en termes d'alimentation ainsi que la variabilité de leurs besoins nutritionnels et des services connexes. Il faudra également examiner les interactions entre les divers facteurs socio-démographiques (tels que l'âge et le sexe) et l'alimentation, et, finalement, la contribution de la saine alimentation en regard de la prévention des maladies et du maintien de la santé.

De nouvelles études s'imposent également en vue de comprendre quels aliments favorisent un vieillissement en santé. La façon d'utiliser ces aliments, leur efficacité à long terme, l'innocuité des suppléments alimentaires, l'utilisation de probiotiques et d'aliments fonctionnels devront aussi être approfondis. Il faudra se renseigner davantage sur la véritable interprétation de la « saine alimentation » chez les personnes âgées, de façon à pouvoir adapter les recommandations nutritionnelles en conséquence.

Il faudra examiner plus spécifiquement les croyances en matière de santé et d'alimentation ainsi que les pratiques alimentaires ayant un sens fortement symbolique ou traditionnel, de façon à pouvoir déterminer comment les connaissances, les croyances et les attitudes se traduisent au niveau des comportements alimentaires des personnes âgées, plus particulièrement à un âge plus avancé. Des études s'imposent en vue de préciser la contribution relative du revenu, du groupe ethnique et d'autres indicateurs individuels de la saine alimentation, tels que le contrôle de soi, les émotions, la résistance au changement, les con-

traintes de temps, le manque de connaissances ainsi que d'autres facteurs environnementaux qui influencent la disponibilité et le coût des aliments. Il faudra examiner le lien entre les services offerts en matière d'alimentation et certaines caractéristiques telles que la santé et d'autres d'ordre psychologique, cognitif ou social, de même que les contraintes financières sur l'accès à une saine alimentation. Il faudra obtenir plus d'informations relativement aux obstacles à la saine alimentation, à la fois réels et perçus. Ainsi, on ignore l'impact des régimes thérapeutiques et de ceux qu'on s'impose soi-même sur la satisfaction des besoins nutritionnels. Les études devront tenir compte simultanément de divers attributs interdépendants, tels que les paramètres biologiques, les facteurs cliniques et la dimension psychosociale, tout en incluant des variables d'ordre alimentaire et psychosocial.

De façon à promouvoir la saine alimentation auprès des personnes âgées et à la favoriser, il faudra leur offrir une vaste gamme de services nouveaux ou améliorés permettant de renforcer les messages sur la saine alimentation. Il faudra évaluer rigoureusement la disponibilité, l'acceptabilité, l'utilisation et l'efficacité des interventions en nutrition et des programmes communautaires, de façon à pouvoir les améliorer au besoin, afin de promouvoir l'autonomie chez les personnes âgées vivant dans la collectivité, aussi bien en milieu urbain que rural.

Il faudra aussi mener des études canadiennes sur d'autres sujets entourant la saine alimentation chez les personnes âgées canadiennes. Ces sujets devront être précisés par des universitaires, des cliniciens, des responsables de la santé publique, des représentants de l'industrie alimentaire et des décideurs, aussi bien à l'échelle régionale que nationale. Mentionnons, entre autres, l'évaluation de l'efficacité des mesures ou stratégies de marketing visant respectivement à offrir ou à promouvoir des aliments appropriés, riches en nutriments, à prix raisonnable, de même que l'amélioration du marché incluant le transport des aliments (produits alimentaires eux-mêmes, emballages, disposition sur les étalages, aménagement et localisation des supermarchés, livraison). De façon à s'assurer que les personnes âgées puissent avoir facilement accès à un approvision-

nement alimentaire nutritif, de telles mesures exigent une action concertée entre les diététistes, les fabricants, les détaillants et les responsables des services alimentaires. Il s'avère essentiel d'associer les messages sur la saine alimentation à la pratique de l'activité physique, afin de promouvoir un mode de vie sain chez les aînés canadiens. Enfin, il faudra également documenter l'efficacité de ces programmes populationnels.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. 2001 Analyses du recensement – Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit. Juillet 2002. N° 96F0030XIF2001002 au catalogue. <http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/companion/age/contents.cfm> (Consulté le 27-01-2003).
2. Statistique Canada. Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA), 2001. Profil de l'incapacité au Canada en 2001 – Tableaux. Décembre 2002. Ottawa, ON. N° 89-579-XIE au catalogue.
3. Rowe JW, Kahn RL. *Successful Aging*. Toronto, ON: Random House, 1998.
4. Bates CJ, Benton D, Biesalski HK, Staehelin HB, van Staveren W, Stehle P, et al. Nutrition and aging: A consensus statement. *J Nutr Health Aging* 2002;6(2):103-16.
5. Forbes GB. *Human Body Composition. Growth, Aging, Nutrition, and Activity*. New York, NY: Springer-Verlag, 1987.
6. Rosenberg IH. Sarcopenia: Origins and clinical relevance. *J Nutr* 1997;127:990S-991S.
7. Garry PJ, Vellas BJ. Aging and nutrition. In: Ziegler EE, Filer LJ, Jr. (Eds.), *Present Knowledge in Nutrition*, 7th ed. Washington, DC: ILSI Press, 1996:414-19.
8. Ausman LM, Russell RM. Nutrition in the elderly. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC (Eds.), *Modern Nutrition in Health and Disease*, 9th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1999:869-81.
9. Campbell WW, Cyr-Campbell DWJA, Evans WJ. Energy requirement for long-term body weight maintenance in older women. *Metabolism* 1997;46(8):884-89.
10. Roberts SB, Dallal G. Effects of age on energy balance. *Am J Clin Nutr* 1998;68S:975S-979S.
11. Poehlman ET. Energy expenditure and requirements in aging humans. *J Nutr* 1992;122:2057-65.
12. Roberts SB. Energy regulation and aging: Recent findings and their implications. *Nutr Rev* 2000;58(4):91-97.
13. Moreiras O, van Staveren WA, Amorim Cruz JA, Nes M, Lund-Larsen K. Euronut-SENeca study on nutrition and the elderly in Europe. Intake of energy and nutrients. *Eur J Clin Nutr* 1991;45(Suppl.3):105-19.
14. Payette H, Gray-Donald K. Dietary intake and biochemical indices of nutritional status in an elderly population with estimates of the precision of the 7-d food record. *Am J Clin Nutr* 1991;54(3):478-88.
15. Ryan AS, Craig LD, Finn SC. Nutrient intakes and dietary patterns of older Americans: A national study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1992;47(5):M145-M150.
16. Wakimoto P, Block G. Dietary intake, dietary patterns, and changes with age: An epidemiological perspective. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56 Spec No 2(2):65-80.

17. DeWolfe J, Millan K. Dietary intake of older adults in the Kingston area. *Can J Diet Pract Res* 2003;64(1):16-24.
18. Shatenstein B, Nadon S, Ferland G. Diet quality among older Quebecers as assessed by simple indicators. *Can J Diet Pract Res* 2003;64(4):174-80.
19. Payette H, Gray-Donald K, Cyr R, Boutier V. Predictors of dietary intakes in a functionally dependent elderly population in the community. *Am J Public Health* 1995;85(5):677-83.
20. Gray-Donald K. The frail elderly: Meeting the nutritional challenges. *J Am Diet Assoc* 1995;95(5):538-40.
21. Keller HH, Østbye T, Bright-See E. Predictors of dietary intake in Ontario seniors. *Can J Public Health* 1997;88:305-9.
22. Finley B. Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease: Practical approaches to quality care. *J Am Diet Assoc* 1997;97(Suppl.2):S177-80.
23. Payette H, Ferland G. La malnutrition chez les personnes âgées démentes : étiologie, évolution et efficacité des interventions. *L'Année gérontologique* 1999;(Suppl « Nutrition et vieillissement »):131-45.
24. Shatenstein B, Ferland G. Absence of nutritional or clinical consequences of decentralised bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal. *J Am Diet Assoc* 2000;100(11):1354-60.
25. Lebel P, Leduc N, Kergoat M-J, Latour J, Leclerc C, Beland F, et al. Un modèle dynamique de la fragilité. *L'Année gérontologique* 1999;13:89-94.
26. Nourhashémi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albarede JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(7):M448-M453.
27. Chen CC, Schilling LS, Lyder CH. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs* 2001;36(1):131-42.
28. Owen R, Kronld M, Csima A. Contribution of consumed home-delivered meals to dietary intake of elderly women. *J Can Diet Assoc* 1992;52:24-29.
29. Stevens DA, Grivetti LE, McDonald RB. Nutrient intake of urban and rural elderly receiving home-delivered meals. *J Am Diet Assoc* 1992;92(6):714-18.
30. Smiciklas-Wright H, Lago DJ, Bernardo V, Beard JL. Nutritional assessment of homebound rural elderly. *J Nutr* 1990;120:1535-37.
31. Payette H, Gray-Donald K. Risk of malnutrition in an elderly population receiving home care services. *Facts Res Gerontol* 1994;(supplement:Nutrition):71-85.
32. Ritchie CS, Burgio KL, Locher JL, Cornwell A, Thomas D, Hardin M, et al. Nutritional status of urban homebound older adults. *Am J Clin Nutr* 1997;66:815-18.
33. Hoogenboom MS, Spangler AA, Crose R. Functional status and nutrient intake from the Council on Aging meal and total daily intake of congregate, adult day care and homebound program participants. *J Nutr Elder* 1998;17(3):1-18.
34. Coulston AM, Craig L, Voss AC. Meals-on-wheels applicants are a population at risk for poor nutritional status. *J Am Diet Assoc* 1996;96(6):570-73.
35. Gloth FM, Jordan DT, Smith CE, Meyer JN. Nutrient intakes in a frail homebound elderly population in the community vs a nursing home population. *J Am Diet Assoc* 1996;96(6):605-7.
36. Rappaport L, Peters GR. Aging and psychosocial problematics of food. *Am Behav Sci* 1988;32:31-40.
37. Seoane NA. Les habitudes alimentaires des aînés québécois. Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 1989.
38. de Groot CP, van Staveren WA, de Graaf C. Determinants of macronutrient intake in elderly people. *Eur J Clin Nutr* 2000;54(Suppl.3):S70-76.
39. Drewnowski A, Shultz JM. Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *J Nutr Health Aging* 2001;5(2):75-79.
40. Murphy SP, Davis MA, Neuhaus JM, Lein D. Factors influencing the dietary adequacy and energy intake of older Americans. *J Nutr Educ* 1990;22:284-91.
41. Fischer CA, Crockett SJ, Heller KE, Skaug LH. Nutrition knowledge, attitudes, and practices of older and younger elderly in rural areas. *J Am Diet Assoc* 1991;91(11):1398-401.
42. Toner HM, Morris JD. A social-psychological perspective of dietary quality in later adulthood. *J Nutr Elder* 1992;11(4):35-53.
43. Lee CJ, Godwin SL, Tsui J, Kumelachew M, McWhinney SL, Idris R, et al. Association between diet knowledge and quality of diets in southern rural elderly. *J Nutr Elder* 1997;17(1): 5-17.
44. Howard JH, Gates GE, Ellersieck MR, Dowdy RP. Investigating relationships between nutritional knowledge, attitudes and beliefs, and dietary adequacy of the elderly. *J Nutr Elder* 1998;17(4):35-52.
45. Donkin AJ, Johnson AE, Morgan K, Neale RJ, Page RM, Silburn RL. Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham. *Appetite* 1998;30(1):39-51.
46. Weimer JP. Factors affecting nutrient intake of the elderly. *Fam Econ Nutr Rev* 1999; 12(3&4):101-3.
47. McKie L, MacInnes A, Hendry J, Donald S, Peace H. The food consumption patterns and perceptions of dietary advice of older people. *J Hum Nutr Diet* 2000;13(3):173-83.
48. Guthrie JF, Lin BH. Overview of the diets of lower- and higher-income elderly and their food assistance options. *J Nutr Educ Behav* 2002;34(Suppl.1):S31-41.
49. Tucker KL, Dallal GE, Rush D. Dietary patterns of elderly Boston-area residents defined by cluster analysis. *J Am Diet Assoc* 1992;92:1487-91.
50. Heimendinger J, Chapelsky D. The national 5-A-Day for Better Health Program. *Adv Exp Med Biol* 1996;401:199-206.
51. Schlettwein-Gsell D, Barclay D. Dietary habits and attitudes in healthy elderly. In: *Adaptations in Aging*. The 1994 Sandoz Lectures in Gerontology. London, England: Academic Press, Harcourt Brace & Company, Publishers, 1995;253-64.
52. Fernyhough LK, Horwath CC, Campbell AJ, Robertson MC, Busby WJ. Changes in dietary intake during a 6-year follow-up of an older population. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(3):216-25.
53. Griep MI, Verleye G, Franck AH, Collys K, Mets TF, Massart DL. Variation in nutrient intake with dental status, age and odour perception. *Eur J Clin Nutr* 1996;50:816-25.
54. de Jong N, Mulder I, de Graaf C, van Staveren WA. Impaired sensory functioning in elders: The relation with its potential determinants and nutritional intake. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54(8):B324-31.
55. Bray GA. Afferent signals regulating food intake. *Proc Nutr Soc* 2000;59:373-84.
56. Schiffman SS, Graham BG. Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *Eur J Clin Nutr* 2000;54(3S):S54-S63.
57. Winkler S, Garg AK, Mekayarajanonth T, Bakaev LG, Khan E. Depressed taste and smell in geriatric patients. *J Am Dent Assoc* 1999;130(12):1759-65.
58. Brodeur JM, Laurin D, Vallée R, Lachapelle D. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prosthet Dent* 1993;70:468-73.
59. Sheiham A, Steele J. Does the condition of the mouth and teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people? *Pub Health Nutr* 2001;4(3):797-803.
60. Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc* 2002;133(10):1369-79.
61. Poehlman ET, Toth MJ. Energy dysregulation in menopause. *Menopause Management* 1996;5:18-21.
62. Poehlman ET. Effect of exercise on daily energy needs in older individuals. *Am J Clin Nutr* 1998;68:997-98.
63. Morley JE, Thomas DR. Anorexia and aging: Pathophysiology. *Nutrition* 1999;15(6):499-503.
64. Morley J. Decreased food intake with aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56A(Special Issue II):81-88.
65. Walker D, Beauchene RE. The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. *J Am Diet Assoc* 1991;91(3):300-4.
66. Suda Y, Marske CE, Flaherty JH, Zdrodowski K, Morley JE. Examining the effect of intervention to nutritional problems of the elderly living in an inner city area: A pilot project. *J Nutr Health Aging* 2001;5(2):118-23.
67. McIntosh WA, Kubena KS, Walker J, Smith D, Landmann WA. The relationship between beliefs about nutrition and dietary practices of the elderly. *J Am Diet Assoc* 1990;90:671-76.
68. Toner HM, Morris JD. A social-psychological perspective of dietary quality in later adulthood. *J Nutr Elder* 1992;11(4):35-53.
69. Lahmann PH, Kumanyika SK. Attitudes about health and nutrition are more indicative of dietary quality in 50- to 75-year-old women than weight and appearance concerns. *J Am Diet Assoc* 1999; 99(4):475-78.
70. Shatenstein B, Nadon S, Ferland G. Determinants of diet quality among Quebecers aged 55-74. *J Nutr Health Aging* 2004;8(2):83-91.
71. Bertrand L. *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*. Montreal, QC : ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.
72. Houston DK, Johnson MA, Daniel TD, Poon LW. Health and dietary characteristics of supplement users in an elderly population. *Int J Vit Nutr Res* 1997;67:183-91.
73. Walmsley CM, Bates CJ, Prentice A, Cole TJ. Relationship between alcohol and nutrient intakes and blood status indices of older people living in the UK: Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of people aged 65 years and over, 1994/5. *Public Health Nutr* 1998;1(3):157-67.
74. Schlettwein-Gsell D, Barclay D, Osler M, Trichopoulos A. EuroNut-SENECA study on nutrition and the elderly. Dietary habits and attitudes. *Eur J Clin Nutr* 1991;45(Suppl.3):83-95.
75. Sidenvall B, Nydahl M, Fjellström C. Managing food shopping and cooking: The experiences of older Swedish women. *Ageing Soc* 2001;21:151-68.
76. Laing MM, Reid D. *Food and Nutrition Opportunities in the Seniors' Market: A Situation Analysis*. Ottawa, ON: National Institute of Nutrition, 1996.
77. Krassie J, Smart C, Roberts DCK. A review of the nutritional needs of Meals on Wheels consumers and factors associated with the provision of an effective Meals on Wheels service – an Australian perspective. *Eur J Clin Nutr* 2000;54:275-80.
78. Davis MA, Murphy SP, Neuhaus JM, Lein D. Living arrangements and dietary quality of older U.S. adults. *J Am Diet Assoc* 1990;90:1667-72.
79. McIntosh WA, Shifflett PA, Picou JS. Social support, stressful events, strain, dietary intake, and the elderly. *Med Care* 1989;27:140-53.
80. Prothro JW, Rosenbloom CA. Description of a mixed ethnic, elderly population. II. Food group

- behavior and related nonfood characteristics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54A(6):M325-M328.
81. Rothenberg E, Bosaeus I, Steen B. Intake of energy, nutrients and food items in an urban elderly population. *Aging Clin Exp Res* 1993;5(2):105-16.
 82. Fogarty J, Nolan G. Assessment of the nutritional status of rural and urban elderly living at home. *Ir Med J* 1992;85(1):14-16.
 83. Kozłowska K, Wierzbicka E, Brzozowska A, Roszkowski W. Consumption of food products by the elderly living in different environments of the Warsaw region, Poland. *J Nutr Health Aging* 2002;6(1):27-30.
 84. Stevens DA, Grivetti LE, McDonald RB. Nutrient intake of urban and rural elderly receiving home-delivered meals. *J Am Diet Assoc* 1992;92(6):714-18.
 85. Holcomb CA. Positive influence of age and education on food consumption and nutrient intakes of older women living alone. *J Am Diet Assoc* 1995;95:1381-86.
 86. Quandt SA, McDonald J, Arcury TA, Bell RA, Vitolins MZ. Nutritional self-management of elderly widows in rural communities. *Gerontologist* 2000;40(1):86-96.
 87. Shahar DR, Schultz R, Shahar A, Wing RR. The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behavior in the elderly population. *J Aging Health* 2001;13(2):189-99.
 88. Donkin AJ, Johnson AE, Morgan K, Neale RJ, Page RM, Silburn RL. Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham. *Appetite* 1998;30(1):39-51.
 89. Charlton KE. Elderly men living alone: Are they at high nutritional risk? *J Nutr Health Aging* 1999;3(1):42-47.
 90. Campbell CC, Horton SE. Apparent nutrient intakes of Canadians: Continuing nutritional challenges for public health professionals. *Can J Public Health* 1991;82:374-80.
 91. Lee CJ, Tsui J, Glover E, Glover LB, Kumelachew M, Warren AP, et al. Evaluation of nutrient intakes of rural elders in eleven southern states based on sociodemographic and life style indicators. *Nutr Research* 1991;11:1383-96.
 92. Pearson JM, Schlettwein-Gsell D, Van Staveren W, de Groot L. Living alone does not adversely affect nutrient intake and nutritional status of 70- to 75-year-old men and women in small towns across Europe. *Int J Food Sci Nutr* 1998;49:131-39.

Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada

État actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche

Noreen D. Willows, Ph.D.¹

RÉSUMÉ

Les peuples autochtones sont les premiers habitants du Canada. On observe chez ces divers peuples des langues, des cultures, des croyances religieuses et des systèmes politiques différents. Les habitudes alimentaires actuelles des peuples autochtones représentent des risques significatifs pour la santé. Étant donné que les interventions visant à améliorer le statut nutritionnel des peuples autochtones doivent refléter les réalités entourant le choix des aliments chez ces peuples, il faut s'efforcer de comprendre comment ils se procurent et préparent leurs aliments à l'époque moderne, ainsi que leur système de distribution des aliments. La plus grande partie de la littérature traitant de la santé des peuples autochtones est avant tout d'ordre épidémiologique; on y traite fort peu des déterminants reliés à l'état de santé. La plupart des études reliées à la consommation alimentaire dans les communautés autochtones ne portaient pas sur les déterminants de la consommation alimentaire en soi. Toutefois, de nombreuses études ont révélé des différences entre les sexes, les groupes d'âge, les saisons et parfois même les communautés à cet égard. Certaines études ont fait ressortir les facteurs pouvant influencer la consommation alimentaire (p. ex., statut d'emploi, niveau d'instruction, taille du ménage, présence d'un chasseur, trappeur ou pêcheur, occupation, principale source de revenus). De nombreuses lacunes ont été identifiées au niveau des connaissances relatives aux déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones. Compte tenu de la diversité de ces peuples, les études visant à combler ces lacunes devront être menées à la fois à l'échelle nationale et locale. Il faudra mener des études aussi bien auprès des Inuits, que des Métis et des Premières nations.

Mots clés : Canada; alimentation; habitudes alimentaires; Indiens, Nord-américains; Inuits; nutrition

Les peuples autochtones occupaient la région qu'on appelle désormais le Canada avant l'arrivée des Européens. Ils se distinguent du reste de la société canadienne par leurs diverses cultures et leur histoire. Ils assuraient autrefois leur subsistance à partir de la terre et des eaux : chasse, trappe, pêche, cueillette et agriculture ou une combinaison de ces moyens. Ils transformaient ensuite eux-mêmes les aliments ainsi obtenus. On observait des modèles d'alimentation extrêmement variés chez ces populations. En général, leur alimentation avait une teneur élevée en protéines animales et une faible teneur en lipides et en glucides, tout en fournissant une quantité adéquate d'énergie et de micronutriments¹⁻³. À l'époque contemporaine, les aliments traditionnels ont été plus ou moins remplacés par des aliments commerciaux dont une grande partie ont une faible valeur nutritive. On entend par aliments traditionnels des aliments culturellement acceptables, obtenus à partir des ressources naturelles locales. Ces aliments sont à la base même du système alimentaire chez les peuples autochtones. On entend par système alimentaire les interprétations socioculturelles entourant les techniques d'acquisition et de transformation des aliments, la composition des aliments et la façon de les préparer, ainsi que les effets de l'alimentation sur la santé. Les Autochtones peuvent conserver un bon statut nutritionnel, même en réduisant leur consommation d'aliments traditionnels, pourvu que les conditions économiques soient favorables et qu'une variété d'autres aliments nutritifs soit disponible. Ils doivent également être en mesure de se renseigner facilement sur la façon de remplacer les aliments traditionnels par des aliments commerciaux nutritifs^{4,5}.

La Constitution canadienne reconnaît trois peuples autochtones, à savoir les Indiens, les Métis et les Inuits (on utilise désormais le terme Premières nations pour désigner les Indiens)⁶. Les Inuits vivent surtout au Nunavut, dans les régions côtières des Territoires du Nord-Ouest, au Nord du Québec (Nunavik) et au Labrador. Ils se distinguent des Premières nations et des Métis par leur culture et leur langue. On utilise habituellement le terme Métis pour décrire les personnes issues d'un croisement entre les Premières nations et les Européens⁶.

1. Department of Agricultural, Food and Nutritional Science, University of Alberta
Correspondance et autorisation de reproduction : Noreen D. Willows, 4-10 Agriculture/Forestry Centre, Department of Agricultural, Food and Nutritional Science, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada T6G 2P5
Remerciements : L'auteur tient à remercier Valerie Tarasuk, Olivier Receveur et Brenda McIntyre pour leurs commentaires éditoriaux, la profondeur de leurs recherches bibliographiques ainsi que l'organisation des références utilisées dans le cadre du présent article. Noreen Willows est chercheure auprès de la Alberta Heritage Foundation for Medical Research Population Health.

Les peuples autochtones jouissent d'une moins bonne santé que les Canadiens en général, comme le démontrent presque toutes les mesures de l'état de santé⁷. L'origine nutritionnelle de nombreux problèmes de santé dont souffrent les Autochtones, entre autres l'anémie, la carie dentaire, l'obésité, les maladies du cœur et le diabète, a souvent été démontrée²⁻⁴. Toutefois, fort peu de données sont actuellement disponibles relativement à l'apport alimentaire chez les populations autochtones. De rares études ont été menées sur de petites étendues géographiques, auprès d'un faible nombre de sujets et au sein de quelques communautés seulement. La plus grande partie de la littérature traitant de la santé des peuples autochtones est avant tout d'ordre épidémiologique; on y traite fort peu des déterminants reliés à l'état de santé. Les Autochtones installés en milieu urbain sont sous-représentés dans de nombreuses études, de même que les populations des Premières nations vivant hors réserve, les Métis, les femmes et les enfants^{8,9}.

De façon à promouvoir la saine alimentation auprès des peuples autochtones et à la favoriser, il faudra s'efforcer de mieux comprendre les nombreux facteurs qui influencent les comportements alimentaires, de même que leurs interactions. Le présent article a pour but de faire ressortir l'état actuel des connaissances ainsi que les lacunes au niveau de la recherche relativement aux déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones en tenant compte, entre autres, de la consommation d'aliments traditionnels. En effet, chez de nombreux groupes autochtones, la saine alimentation s'appuie avant tout sur ce type d'aliments qui, outre leur vocation nutritive, sont profondément reliés à l'expression culturelle puisqu'ils sont profondément enracinés dans la culture et considérés nécessaires au bien-être personnel. Ces aliments sont directement reliés à la promotion de la santé holistique et de la culture; on observe un lien direct entre la santé de l'environnement et celle des humains¹⁰. Bien que le présent article traite avant tout des populations inuites ou des Premières nations qui vivent dans des réserves ou dans des communautés nordiques ou éloignées, on y tient également compte de la documentation relative à d'autres groupes autochtones.

MÉTHODOLOGIE ET RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons procédé à une recherche bibliographique à partir du terme *aboriginal* et des synonymes MeSH de ce terme, à savoir *Inuit* et *Indians North American*, combinés aux termes *Canada*, *food* ou *nutrition*. Nous avons consulté des banques de données médicales et sociologiques à partir de la même stratégie (*PubMed*, *MEDLINE*, *HealthSTAR*, *CINAHL*, *Sociological Abstracts*; *Bibliography of Native North Americans*; *International Bibliography of the Social Sciences*; *Proquest Digital Dissertations*). Afin de pouvoir faire des comparaisons avec d'autres pays, nous avons procédé de la même façon, mais en remplaçant le terme *Canada* par *United States* (États-Unis), *Australia* (Australie) ou *New Zealand* (Nouvelle-Zélande). Bien que nous ayons limité notre examen à la documentation publiée en anglais, entre janvier 1990 et décembre 2003, nous avons également tenu compte des principaux documents publiés entre janvier et avril 2004 et de tout autre matériel jugé pertinent publié antérieurement. Nous nous sommes aussi procuré de la documentation non scientifique à partir de certains sites Web, entre autres ceux de l'Organisation nationale de la santé autochtone et des Affaires indiennes et du Nord Canada. Nous avons aussi puisé des citations dans des articles, de la documentation non scientifique et divers livres. Les informations présentées plus bas permettent de mieux comprendre les déterminants de la saine alimentation chez les Autochtones tout en faisant ressortir les lacunes au niveau des connaissances.

Sommaire de la documentation relative aux déterminants de la saine alimentation

À l'heure actuelle, en raison, entre autres, du remplacement d'une partie des aliments traditionnels par des aliments commerciaux, on observe souvent une faible teneur en fer, folacine, calcium, vitamine D, vitamine A et fibres dans l'alimentation des peuples autochtones ainsi qu'une consommation insuffisante de fruits et légumes et un apport élevé en lipides et en sucre¹¹⁻¹⁸. Il faut donc s'efforcer de mieux comprendre les déterminants qui favorisent la consommation d'aliments traditionnels par rap-

port à celle d'aliments commerciaux chez les peuples autochtones, de façon à pouvoir agir sur ces déterminants, dans une optique d'amélioration des habitudes alimentaires. Le remplacement graduel des aliments traditionnels par des aliments commerciaux résulte d'un processus multidimensionnel, dynamique et complexe. En effet, le processus de décision entourant la consommation de l'un ou l'autre de ces deux types d'aliments est influencé à de multiples paliers, à savoir sociétal, individuel, socio-économique (insécurité alimentaire) et environnemental, tous les facteurs en cause pouvant se chevaucher ou interagir, tel qu'expliqué plus loin. Dans la discussion qui suit, on entend par déterminants environnementaux, les facteurs reliés à l'environnement physique.

Les déterminants d'ordre sociétal

On définit généralement la culture comme les valeurs, croyances, attitudes et pratiques acceptées par les membres d'un groupe ou d'une communauté. La culture détermine en partie les aliments acceptables ou privilégiés, la quantité et la combinaison d'aliments à consommer, le moment et la façon de manger, ainsi que les aliments considérés hautement préférables ou impropres à la consommation¹⁹. Les Autochtones décrivent parfois les aliments traditionnels d'une manière fort spécifique, en tant qu'aliments « inuits » ou « denes », entre autres, ce qui illustre jusqu'à quel point ces aliments sont reliés à l'identité culturelle²⁰. Pour mieux comprendre comment la culture influence les choix alimentaires chez les communautés autochtones, il importe de constater que les activités mises en branle pour se procurer des aliments traditionnels vont bien au-delà du simple fait de se procurer de la nourriture. En effet, il s'agit plutôt d'un mode de production qui renforce les relations sociales et l'enracinement culturel. La consommation d'aliments traditionnels dépasse le simple fait de manger, elle représente l'aboutissement d'une série de démarches culturelles significatives entourant la récolte, la transformation, la distribution et la préparation des aliments. Chez de nombreux peuples autochtones, ces démarches nécessitent la répétition de comportements hautement significatifs sur le plan culturel qui s'appuient avant tout sur la coopération, le partage et la générosité²⁰⁻²⁵.

Par ailleurs, les préférences culturelles observées dans certaines communautés autochtones à l'égard des dimensions corporelles peuvent influencer les comportements alimentaires et le choix des aliments. Ainsi, une étude menée chez les Ojibway-Cree, au Nord de l'Ontario, a démontré une préférence pour les fortes dimensions corporelles, surtout chez les adultes plus âgés, sans doute en raison de l'association entre la minceur et certaines maladies infectieuses qui sévissaient autrefois, telles que la tuberculose²⁶. Chez les communautés crees vivant au Nord du Québec, l'excès de poids est vu comme un signe de robustesse et de force²⁷. Par contre, chez les Premières nations et les Métis du Manitoba, les jeunes filles et les femmes qui vivent en milieu urbain ou aux alentours préfèrent avoir une silhouette mince. Elles se mettent parfois au régime dans le but de perdre du poids²⁸. On a observé certains comportements dommageables à la santé, dans une optique de contrôle du poids, chez des Amérindiennes vivant en milieu urbain aux États-Unis, tels que la boulimie, le fait de sauter des repas, de jeûner ou de prendre des purgatifs²⁹. De nombreux enfants amérindiens manifestent une insatisfaction par rapport à leur apparence corporelle. Leurs préoccupations à l'égard du poids se traduisent souvent par le recours à des régimes amaigrissants dommageables à la santé ou des troubles alimentaires³⁰⁻³³. Bien que les diverses préférences observées chez les peuples autochtones à l'égard du poids corporel puissent s'appuyer sur des valeurs traditionnelles, il faut également tenir compte de l'intégration probable de points de vue empruntés à d'autres cultures à l'égard des dimensions corporelles. En effet, la dynamique sociale fait évoluer la culture à la longue.

Les déterminants d'ordre individuel

La sélection des aliments s'appuie souvent sur leurs caractéristiques organoleptiques³⁴. Bien que les goûts soient avant tout personnels, ils sont quand même influencés par le groupe culturel auquel on appartient. La préférence manifestée envers les aliments traditionnels a été documentée chez les peuples autochtones. Ainsi, les Inuits consomment un aliment appelé *igunaq* (viande de phoque fermentée) qui a une saveur forte et très particulière. Le fait

d'apprécier le goût de l'*igunaq* est une grande marque de raffinement chez les Inuits³⁵. Par ailleurs, les Inuvialuits (des Inuits qui vivent dans l'Arctique occidental) déclarent que le bon goût et la texture de certains aliments traditionnels, tels que le caribou, les motivent à en consommer³⁶. Chez les Nuxalk (Premières nations), la fréquence de consommation de nombreux aliments traditionnels est associée à leur bon goût. Toutefois, la relation entre les préférences gustatives et le choix des aliments n'est pas toujours évidente. Ainsi, la rareté de certaines espèces, de même que les longues démarches nécessaires à leur obtention, peuvent expliquer pourquoi les aliments traditionnels ne sont pas consommés plus fréquemment malgré leur goût fort prisé³⁷. Les préférences exprimées ne se traduisent pas toujours en comportements alimentaires. Ainsi, bien que les enfants Mohawk expriment leurs préférences à l'égard de certains aliments traditionnels, ils en consomment rarement³⁸. Une étude menée auprès d'enfants crees a révélé que la majorité de ces enfants exprimaient leurs préférences pour les aliments traditionnels même s'ils consommaient surtout des aliments achetés au magasin³⁹.

Chez de nombreux peuples autochtones, l'identité culturelle est à la base même des connaissances personnelles, des attitudes et des croyances relatives aux aliments et aux choix alimentaires. La consommation d'aliments traditionnels a souvent une connotation santé tandis que celle d'aliments « non traditionnels » est considérée comme polluante ou affaiblissante par certains peuples autochtones^{21,24,25,40}. Il importe de souligner que les choix alimentaires inspirés des valeurs culturelles autochtones ne correspondent pas toujours à la perception « occidentale » de la valeur nutritive des aliments^{24,25}. Ainsi, étant donné que certaines cultures autochtones partagent une vision du monde à l'effet que les aliments traditionnels favorisent la santé de par leur nature même, il leur est difficile de s'imaginer pourquoi il faudrait éviter de consommer certains aliments achetés au magasin pour rester en santé. Chez les Inuits vivant au Nord du Labrador, par exemple, tous les aliments traditionnels sont perçus comme « bons ». Selon eux, on atteint un « équilibre nutritionnel » en consommant à tour de rôle différentes parties des animaux, du poisson, des mammifères ter-

restres, du phoque et des oiseaux. Sans doute en raison de cette idéologie, ces Inuits s'étonnent du fait que certains « aliments vendus au magasin » puissent être dommageables à la santé²⁵. Dans le même ordre d'idées, les Crees installés au Nord du Québec ont de la difficulté à comprendre que les aliments achetés au magasin puissent être, soit « bons pour la santé » ou « dommageables à la santé », étant donné que tous les aliments « crees » sont intrinsèquement bons pour la santé²⁴.

Par ailleurs, on a observé dans des communautés nordiques ou éloignées des différences en fonction de l'âge et du sexe par rapport à la consommation de certains aliments^{15,17,37,41-45}. Les différences observées au niveau de la quantité d'aliments traditionnels consommée selon les sexes peuvent s'expliquer, en partie du moins, par les différences entre les hommes et les femmes au niveau des dimensions corporelles et de la dépense énergétique. Pour ce qui est de l'âge, les enfants ont tendance à consommer moins d'aliments traditionnels que les adultes, les jeunes adultes moins que les adultes d'âge moyen et les adultes moins que les aînés. Cette disparité permet de supposer des différences entre les générations au niveau des préférences gustatives. On suppose, par exemple, que les nouvelles générations savent de moins en moins comment se procurer des aliments traditionnels et les préparer.

L'insécurité alimentaire

Parmi les familles qui souffrent de la faim au Canada, les familles autochtones sont surreprésentées⁴⁶. En raison de la pauvreté qui sévit dans de nombreuses communautés autochtones, le revenu et le coût des aliments ont souvent préséance sur d'autres déterminants, tels que le désir de rester en santé, la désirabilité sociale ou le goût lors de la sélection des aliments³⁴. L'insécurité alimentaire se manifeste souvent dans ces communautés étant donné que « la disponibilité d'aliments sécuritaires et appropriés sur le plan nutritionnel et la capacité de se procurer les aliments désirés d'une manière socialement acceptable sont limitées ou incertaines »⁴⁷. Lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée en 1998-1999, la prévalence de l'insécurité alimentaire a été évaluée à 27 % chez les Autochtones vivant hors réserve. L'alimentation était inadéquate

chez 24,1 % des répondants, c.-à-d. qu'ils n'avaient pas suffisamment de nourriture ou qu'ils ne pouvaient pas se procurer les aliments désirés (qualité et variété) en raison d'un manque d'argent⁴⁸. Une étude menée à Winnipeg auprès de femmes des Premières nations à faible revenu a révélé que l'insécurité alimentaire empêchait ces femmes de choisir leurs aliments en fonction de la valeur nutritive⁴⁹. On observe différents degrés d'insécurité alimentaire, allant de l'anxiété à la faim, chez les Inuits en général, certains enfants Inuits ne mangeant pas à leur faim¹⁸.

Par ailleurs, certaines communautés autochtones ont mis en place des réseaux de partage des aliments en vue de combattre l'insécurité alimentaire. Ainsi, des congélateurs communautaires sont parfois mis à la disposition des habitants des réserves ou des régions éloignées dans le but de leur permettre de conserver des aliments traditionnels^{50,51}. De tels systèmes fondés sur l'entraide mutuelle et l'obligation morale ne suffisent pas toujours à contrecarrer l'insécurité alimentaire dans les centres urbains⁴⁹.

Dans les communautés nordiques ou éloignées, de nombreux obstacles empêchent l'achat de certains aliments périssables, tels que les fruits et les légumes frais, entre autres un coût élevé, une piètre qualité, un manque de variété et une faible disponibilité^{18,52}. Ainsi, tandis que les frais de transport font augmenter le prix, les problèmes de conservation associés à certains aliments nutritifs en limitent la disponibilité^{52,53}. Dans les régions éloignées, on ne retrouve souvent qu'un seul magasin par communauté. Dans de tels cas, les croyances et attitudes du gérant relativement à l'importance d'offrir des aliments sains, ainsi que les méthodes de gestion des stocks utilisées, sont les principaux facteurs qui influencent la disponibilité d'aliments nutritifs⁵⁴.

L'environnement physique

Toute modification apportée à l'environnement physique (p. ex., barrages hydro-électriques, déforestation, changements climatiques), de même que toute contamination de celui-ci, réduisent la disponibilité des espèces animales ou végétales traditionnelles^{40,55,56}. Lorsque ces ressources se font plus rares ou qu'elles sont contaminées, on émet souvent des recommandations à

l'effet de réduire ou d'interdire leur consommation. Suite à de tels avertissements, les peuples autochtones peuvent aussi bien commencer à chasser ou à pêcher de nouvelles espèces que réduire la consommation de tels aliments ou conserver le statu quo⁵⁷. Il est probable que les préoccupations entourant la contamination des aliments ou le déclin des espèces ne puissent à elles seules réduire la consommation d'une espèce donnée. En effet, les aliments commerciaux sont souvent considérés comme des substituts coûteux ou indésirables sur le plan gustatif des aliments traditionnels. Une contamination locale, facilement observable, perturbe sans doute davantage les habitudes alimentaires qu'une contamination d'origine plus lointaine. Les stratégies de communication employées pour souligner le risque de contamination, de même que le contexte culturel entourant l'interprétation du risque, peuvent aussi influencer fortement la réaction des membres d'une communauté face à de tels avertissements^{20,58}.

LES LACUNES AU NIVEAU DES CONNAISSANCES

De façon à promouvoir et à favoriser la saine alimentation, il faudra s'efforcer de mieux comprendre les nombreux facteurs qui influencent les comportements alimentaires de même que leurs interactions complexes. On retrouve ici-bas les principales lacunes observées au cours de notre examen.

Les croyances relatives aux aliments

De nouvelles études s'imposent sur la relation entre les croyances individuelles et la consommation de certains aliments. La plupart des études menées auprès des communautés autochtones relativement aux avantages pour la santé des aliments traditionnels ou commerciaux n'ont pas permis de vérifier la relation entre la connotation « santé » entourant ces aliments et leur fréquence de consommation.

Les qualités organoleptiques

Bien qu'il ait été démontré que les propriétés organoleptiques des aliments expliquent en grande partie la consommation d'aliments commerciaux malgré la forte désirabilité culturelle des aliments traditionnels, peu d'études ont porté sur cet aspect de l'alimentation en tant que déter-

minant de l'apport alimentaire chez les peuples autochtones. Il faudra donc examiner plus avant comment le choix de certains aliments traditionnels ou commerciaux est influencé par les propriétés organoleptiques de ces aliments.

L'insécurité alimentaire

De nombreux problèmes reliés à l'insécurité alimentaire n'ont pas encore été étudiés. Étant donné que les échelles de mesure de l'insécurité alimentaire n'ont pas été validées auprès des populations autochtones du Canada, il faudra adapter les questions utilisées en fonction des langues parlées chez les Premières nations, les Métis et les Inuits, des perceptions culturelles de ces peuples et de leur vécu⁴⁷. On ne sait pas vraiment jusqu'à quel point les politiques mises en place par les gérants de magasin influencent le type d'aliments offerts dans les petites communautés, ni comment le prix des aliments influence les choix alimentaires. Il faudra également s'efforcer de mieux comprendre l'impact de l'insécurité alimentaire sur la sélection des aliments, compte tenu des valeurs traditionnelles d'obligation morale, de partage et d'entraide mutuelle à la base de nombreuses cultures autochtones.

L'image corporelle

Compte tenu du faible nombre d'études consacrées à l'image corporelle, aux préoccupations à l'égard du poids et aux régimes amaigrissants chez les adultes et les enfants autochtones, il faudra mener des études sur les concepts reliés à l'image corporelle dans diverses communautés, en vue de concevoir des stratégies efficaces d'intervention en nutrition. En effet, les stratégies de prévention de l'obésité risquent d'être inefficaces lorsque celle-ci est vue comme un attribut physique positif. Par contre, lorsque la minceur est valorisée, il faut prendre soin de ne pas accentuer les préoccupations entourant le poids ou l'insatisfaction relative à l'image corporelle, ce qui pourrait favoriser l'adoption de comportements alimentaires dommageables à la santé. Il importe donc de toujours vérifier si l'obésité est perçue comme un attribut physique positif ou négatif dans une communauté donnée, de même que les perceptions individuelles à l'égard des dimensions corporelles. Il faudra aussi vérifier si les régimes amaigrissants ou certains autres

comportements alimentaires sont reliés aux perceptions des dimensions corporelles⁵⁹.

Le discours entourant la santé environnementale

Bien que les préoccupations entourant l'innocuité des aliments traditionnels et le déclin des espèces comestibles puissent modifier l'alimentation, on connaît mal l'impact des avertissements émis en présence de contamination locale ou de déclin des espèces sur la consommation de tels aliments. Afin de s'assurer que les modifications apportées à l'alimentation traditionnelle soient contrebalancées par la consommation d'aliments sains, il faudra s'efforcer de comprendre comment le discours entourant la santé environnementale influence les choix alimentaires. Il faudra également quantifier les changements qui en résultent au niveau de l'alimentation. De tels changements pourraient en effet avoir un impact significatif sur la santé puisque les aliments traditionnels présentent de nombreux avantages nutritionnels en dépit du fait qu'ils augmentent l'exposition à certains contaminants⁴.

Les interactions des divers déterminants

Les facteurs d'ordre individuel et social, de même que ceux reliés à l'environnement physique et socio-économique, ont des interactions complexes et variables au niveau des choix alimentaires. Ainsi, bien que certaines personnes mettent en pratique leurs connaissances en nutrition lorsqu'elles choisissent leurs aliments, ces connaissances ne sauraient à elles seules déterminer les choix alimentaires puisque les individus sont en outre confrontés à divers obstacles d'ordre psychosocial, comportemental et environnemental^{60,61}. Il faudra donc examiner les problèmes découlant des interactions des divers déterminants de la saine alimentation, en tenant compte de leur influence respective au niveau de l'accessibilité aux aliments et des choix alimentaires.

CONCLUSION

Les pratiques alimentaires actuelles de certains peuples autochtones nuisent à leur qualité de vie, tout en représentant un risque significatif pour la santé. Il s'avère donc essentiel d'obtenir des informations

complémentaires à l'égard des facteurs qui déterminent les choix alimentaires et l'accessibilité aux aliments. Étant donné que peu d'études exhaustives ont été menées sur les déterminants de la saine alimentation chez les communautés autochtones, on observe de nombreuses lacunes au niveau des connaissances entourant ces déterminants. Compte tenu de l'énorme diversité des peuples autochtones, les études visant à combler ces lacunes devront être menées aussi bien à l'échelle nationale que locale. Il est également important que des études spécifiques soient menées auprès des Inuits, des Métis et des Premières nations.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. Alimentation autochtone et nutrition : manuel de référence illustré. Approvisionnement et Services Canada. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada, 1995.
2. Schaefer O. Changing dietary patterns in the Canadian north: Health, social and economic consequences. *J Can Diet Assoc* 1977;38:17-25.
3. Sinclair H. The diet of Canadian Indians and Eskimos. *Proc Nutr Soc* 1953;13:69-82.
4. Kuhnlein HV, Receveur O, Chan HM. Traditional food systems research with Canadian indigenous peoples. *Int J Circumpolar Health* 2001;60:112-22.
5. Kuhnlein HV, Receveur O. Dietary change and traditional food systems of indigenous peoples. *Annu Rev Nutr* 1996;16:417-42.
6. Affaires indiennes et du Nord Canada. Terminologie autochtone : une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones du Canada. Gouvernement du Canada, 2002.
7. Santé Canada. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada. Ottawa, Ontario, 2003.
8. Young TK. Review of research on aboriginal populations in Canada: Relevance to their health needs. *BMJ* 2003;327:419-22.
9. MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL. Aboriginal health. *CMAJ* 1996;155:1569-78.
10. Kuhnlein HV. L'alimentation et l'environnement holistique des peuples autochtones dans le monde. *Sur le chemin de la guérison: Rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*. Ottawa, Approvisionnement et Services, 1993.
11. Wein EE, Gee MI, Hawrysh ZJ. Nutrient intakes of native mothers and school children in northern Alberta. *J Can Diet Assoc* 1993;54:42-47.
12. Wein EE. Nutrient intakes of a sample of First Nations adults with and without diabetes mellitus in central Alberta. *J Can Diet Assoc* 1996;57:153-61.
13. Berti PR, Hamilton SE, Receveur O, Kuhnlein HV. Food use and nutrient adequacy in Baffin Inuit children and adolescents. *Can J Diet Pract Res* 1999;60:63-70.
14. Delormier T, Kuhnlein HV. Dietary characteristics of Eastern James Bay Cree women. *Arctic* 1999;52:182-87.
15. Kuhnlein HV, Soueida R, Receveur O. Baffin Inuit food use by age, gender and season. *J Can Diet Assoc* 1995;56:175-83.
16. Trifonopoulos M, Kuhnlein HV, Receveur O. Analysis of 24-hour recalls of 164 fourth- to

- sixth-grade Mohawk children in Kahnawake. *J Am Diet Assoc* 1998;98:814-16.
17. Campbell ML, Diamant RMF, Mapherson BD, Grunau M, Halladay J. Energy and nutrient intakes of men (56-74 years) and women (16-74 years) in three northern Manitoba Cree communities. *J Can Diet Assoc* 1994;55:167-74.
18. Lawn J, Harvey D. La nutrition et la sécurité alimentaire à Kugaaruk, au Nunavut : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ministère des Approvisionnements et services Canada, Ottawa, 2003.
19. Kittler PG, Sucher KP. *Food and Culture*, 4th ed. Toronto: Thomson Wadsworth, 2004.
20. Van Oostdam J, Gilman A, Dewailly E, Usher P, Wheatley B, Kuhnlein HV, et al. Human health implications of environmental contaminants in Arctic Canada: A review. *Sci Total Environ* 1999;230:1-82.
21. Borre K. The healing power of the seal: The meaning of Inuit health practice and belief. *Arctic Anthropol* 1994;31:1-15.
22. Stairs A, Wenzel G. "I am I and the Environment": Inuit hunting, community, and identity. *J Indigenous Studies* 1992;3:1-12.
23. Ohmagari K, Berkes F. Transmission of indigenous knowledge and bush skills among the Western James Bay Cree women of subarctic Canada. *Hum Ecol* 1997;25:197-222.
24. Adelson N. *Being Alive Well: Health and the Politics of Cree Well-being*. Toronto: University of Toronto Press, 2000.
25. Mackey MGA. The impact of imported foods on the traditional Inuit diet. *Arctic Med Res* 1988;47(Suppl 1):128-33.
26. Gittelsohn J, Harris SB, Thorne-Lyman AL, Hanley AJ, Barnie A, Zinman B. Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada. *J Nutr* 1996;126:2990-3000.
27. Boston P, Jordan S, MacNamara E, Kozolanka K, Bobbish-Rondeau E, Iserhoff H, et al. Using participatory action research to understand the meanings aboriginal Canadians attribute to the rising incidence of diabetes. *Chron Dis Can* 1997;18:5-12.
28. Marchessault GDM. *Far from Ideal: Talking about Weight with Mothers and Daughters from Winnipeg, Southern Manitoba and a First Nations Community*. Dissertation. University of Manitoba, Winnipeg, 2001.
29. Sherwood NE, Harnack L, Story M. Weight-loss practices, nutrition beliefs, and weight-loss program preferences of urban American Indian women. *J Am Diet Assoc* 2000;100:442-46.
30. Davis SM, Lambert LC. Body image and weight concerns among Southwestern American Indian preadolescent schoolchildren. *Ethn Dis* 2000;10:184-94.
31. Rinderknecht K, Smith C. Body-image perceptions among urban Native American youth. *Obes Res* 2002;10:315-27.
32. Story M, Hauck FR, Broussard BA, White LL, Resnick MD, Blum RW. Weight perceptions and weight control practices in American Indian and Alaska Native adolescents. A national survey. *Arch Ped Adol Med* 1994;148:567-71.
33. Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Blum RW. Psychosocial concerns and weight control behaviors among overweight and nonoverweight Native American adolescents. *J Am Diet Assoc* 1997;97:598-604.
34. Messer E. Methods for studying determinants of food intake. *Food Nutr Bull* (Supplement) 1989;11:1-33.
35. Brody H. Meat. In: *Living Arctic: Hunters of the Canadian North*. Vancouver/Toronto: Douglas & McIntyre, 1987;51-67.
36. Wein EE, Freeman MM. Inuvialuit food use and food preferences in Aklavik, Northwest

- Territories, Canada. *Arctic Med Res* 1992;51:159-72.
37. Kuhnlein HV. Change in the use of traditional foods by the Nuxalk native people of British Columbia. *Ecol Food Nutr* 1992;27:259-82.
 38. Trifonopoulos M. Anthropometry and diet of Mohawk schoolchildren in Kahnawake, Thesis. Montreal, QC: McGill University, 1995.
 39. Bernard L, Lavallee C, Gray-Donald K, Delisle H. Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing. *J Am Diet Assoc* 1995;95:800-2.
 40. O'Neil JD, Elias B, Yassi A. Poisoned food: Cultural resistance to the contaminants discourse in Nunavik. *Arctic Anthropol* 1997;34:29-40.
 41. Kuhnlein HV, Soueida R, Receveur O. Dietary nutrient profiles of Canadian Baffin Island Inuit differ by food source, season, and age. *J Am Diet Assoc* 1996;96:155-62.
 42. Kuhnlein HV, Receveur O, Morrison NE, Appavoo D, Soueida R, Pierrot P. Dietary nutrients of Sathu Dene/Metis vary by food source, season and age. *Ecol Food Nutr* 1996;34:183-95.
 43. Kuhnlein HV, Receveur O, Soueida R, Egeland GM. Arctic indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *J Nutr* 2004;134:1447-53.
 44. Wolever TM, Hamad S, Gittelsohn J, Hanley AJG, Logan A, Harris SB, et al. Nutrient intake and food use in an Ojibwa-Cree community in Northern Ontario assessed by 24h dietary recall. *Nutr Res* 1997;17:603-18.
 45. Morrison NE, Receveur O, Kuhnlein HV, Appavoo DM, Soueida R, Pierrot P. Contemporary Sahtu Dene/Metis use of traditional and market food. *Ecol Food Nutr* 1995;34:197-210.
 46. McIntyre L, Connor SK, Warren J. Child hunger in Canada: Results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *CMAJ* 2000;163:961-65.
 47. Tarasuk V. Document de travail sur l'insécurité alimentaire individuelle et des ménages. Santé Canada, 2001.
 48. Che J, Chen J. Food insecurity in Canadian households. *Health Rep* 2003;12:11-22.
 49. Sinclair M. *Barriers to Food Procurement: The Experience of Urban Aboriginal Women in Winnipeg*. Dissertation. Winnipeg, MB: University of Winnipeg, 1997.
 50. Condon RG, Collings P, Wenzel G. The best part of life: Subsistence hunting, ethnicity, and economic adaptation among young adult Inuit males. *Arctic* 1995;48:31-46.
 51. Duhaime G, Chabot M, Gaudreault M. Food consumption patterns and socioeconomic factors among the Inuit of Nunavik. *Ecol Food Nutr* 2002;41:91-118.
 52. Wein EE. The high cost of a nutritionally adequate diet in four Yukon communities. *Can J Public Health* 1994;85:310-12.
 53. Lawn J, Langner N, Brule D, Thompson N, Hill F. The effect of a federal transportation subsidy on nutritional status of Inuit in Canada's Arctic. *Arctic Med Res* 1994;53(Suppl 2):289-95.
 54. Lee A, Bonson AP, Powers JR. The effect of retail store managers on aboriginal diet in remote communities. *Aust N Z J Public Health* 1996;20:212-14.
 55. Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa, 2003.
 56. Wheatley MA. Social and cultural impacts of environmental change on aboriginal Peoples in Canada. *Int J Circumpolar Health* 1998;57(Suppl 1):537-42.
 57. Collings P. Subsistence hunting and wildlife management in the central Canadian Arctic. *Arctic Anthropol* 1997;34:41-56.
 58. Usher PJ, Baikie M, Demmer M, Nakashima D, Stevenson MG, Stiles M. Communicating about contaminants in country food: The experience in Aboriginal communities. Research Department, Inuit Tapirisat of Canada, Ottawa, 1995.
 59. Marchessault G. Weight perceptions and practices in native youth. *Healthy Weight J* 1999;13:71-73,79.
 60. Wetter AC, Goldberg JP, King AC, Sigman-Grant M, Baer R, Crayton E, et al. How and why do individuals make food and physical activity choices? *Nutr Rev* 2001;59(3 Pt 2):S11-S20.
 61. Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev* 2001;59(3 Pt 2):S21-S39.

Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu

Elaine M. Power, Ph.D.

RÉSUMÉ

Le présent article traite des déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu en s'appuyant sur la documentation scientifique reliée à quatre sujets importants : a) les déterminants sociaux de la santé, b) les gradients socio-économiques de l'alimentation, c) la sécurité alimentaire et d) la sociologie des aliments. Bien qu'on observe actuellement une pénurie de données au Canada, il est fort probable que, tout comme dans les autres pays industrialisés, il existe des gradients socio-économiques de l'alimentation, à savoir que les personnes qui sont plus à l'aise financièrement ont une alimentation plus saine que les personnes qui le sont moins. À partir des données probantes disponibles, on peut supposer que le revenu influence la consommation alimentaire, à la fois directement et indirectement, en raison des circonstances entourant le fait d'occuper une certaine place dans l'échelle sociale. On suppose également l'existence de seuils, à la fois d'ordre économique et culturel, par rapport à certains groupes alimentaires ou aliments qui en font partie. Il est particulièrement important de comprendre le mode d'action de tels seuils si on veut résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les personnes à faible revenu les plus vulnérables, à savoir celles qui souffrent d'insécurité alimentaire. Suite à la recherche bibliographique effectuée, on constate que les Canadiens à faible revenu éprouvent de la difficulté à améliorer leur alimentation en l'absence des conditions suivantes : a) une prise en compte simultanée des autres changements nécessaires à une amélioration de leur vie, b) une amélioration de l'alimentation des Canadiens et Canadiennes en général ou c) une combinaison de ces deux conditions. Nous avons identifié quatre principaux axes de recherche à explorer, à savoir : a) obtenir des données nationales sur les gradients socio-économiques de l'alimentation, b) mener des études sociologiques sur les interactions du revenu, de la classe sociale et de divers autres facteurs qui influencent les habitudes alimentaires, c) mener des études sociologiques sur les normes et cultures alimentaires au Canada et d) mener des études sur le coût d'une saine alimentation.

Mots clés : alimentation; santé publique; pauvreté; sociologie médicale; classe sociale

Le présent article a pour but de présenter l'état actuel des connaissances sur les déterminants de la saine alimentation* chez les Canadiens à faible revenu† de même que les lacunes observées au niveau des connaissances. Nous insistons davantage sur le revenu, à savoir le premier des 12 déterminants de la santé identifiés dans le Modèle d'intégration de la santé de la population de Santé Canada¹ en tant que déterminants clés de la saine alimentation. Le revenu a des effets directs et indirects sur la saine alimentation, en fonction de la classe sociale. Le revenu influence également d'autres facteurs individuels et collectifs importants au niveau des saines habitudes alimentaires, tout en agissant conjointement avec ceux-ci. Parmi ces facteurs, mentionnons des facteurs individuels, c.-à-d. les habiletés en matière d'alimentation et les préférences alimentaires; des facteurs sociaux, c.-à-d. le sexe et le soutien social; des facteurs culturels, c.-à-d. les traditions, les normes et les valeurs; les facteurs physiques, c.-à-d. le logement et l'accès à des aliments sains; et finalement, des facteurs politiques, c.-à-d. l'étiquetage des aliments et les politiques alimentaires en vigueur à l'école et en milieu de travail^{2,3}. Le type et l'enracinement du discours politique dominant (c.-à-d., néo-libéralisme, libéralisme de bien-être, socialisme démocratique) définissent le rôle de l'État par rapport au secteur privé, à la société civile et à la famille, et donc sa capacité de fournir des biens et services, d'élaborer des politiques de santé publique et de mettre en œuvre des conditions favorisant la santé de la population^{4,7}. Le discours politique dominant a des répercussions sur les facteurs qui influencent la saine alimentation au sein d'une société. En effet, le temps dont disposent les parents qui travaillent pour nourrir leur famille, la réglementation entourant les messages publicitaires destinés aux enfants en matière d'alimentation, de même que l'ampleur et la perti-

* Dans le cadre du présent article, on entend par « saine alimentation » des habitudes et comportements alimentaires pouvant améliorer ou conserver la santé.

† Dans le cadre du présent article, on définit le « faible revenu » à partir du seuil de faible revenu (SFR) utilisé par Statistique Canada. Ainsi, on considère que les Canadiens vivant au-dessous du SFR ont un faible revenu. Le SFR est une mesure relative de la pauvreté qui a été fixée à 20 points de pourcentage au-dessus de la portion du revenu qu'une famille canadienne moyenne consacre à l'alimentation, à l'habillement et au logement.

nence des programmes de soutien du revenu dépendent de ce discours.

Un certain nombre de raisons peuvent expliquer la vulnérabilité des Canadiens à faible revenu sur le plan nutritionnel. En premier lieu, l'analyse des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2000-2001⁸, a révélé que 14,7 % des ménages canadiens souffraient d'insécurité alimentaire. On parle d'insécurité alimentaire lorsque « la disponibilité d'aliments sécuritaires et appropriés sur le plan nutritionnel et la capacité de se procurer les aliments désirés d'une manière socialement acceptable sont limitées ou incertaines »⁹. De plus en plus de documents scientifiques traitant de l'étendue, de la nature ou de la gestion de l'insécurité alimentaire chez les Canadiens⁹⁻³⁰ font ressortir le rôle crucial d'un revenu insuffisant.

En second lieu, des données probantes indiquent qu'au sein des pays occidentaux ou industrialisés, les personnes appartenant aux groupes socio-économiques les plus favorisés ont une meilleure alimentation (ils consomment plus de fruits et légumes, de lait écrémé ou partiellement écrémé, moins de graisses, d'huiles et de viande) que celles appartenant aux groupes les moins favorisés³¹⁻⁵².

En troisième lieu, tout semble démontrer que certaines circonstances favorables observées au tout début de la vie, dont la saine alimentation, ont un impact significatif sur la santé à l'âge adulte⁵³⁻⁵⁸. C'est pourquoi il s'avère essentiel d'offrir une meilleure alimentation aux nourrissons et tout au long de l'enfance, en commençant dès l'étape *intra utérine*, surtout dans le cas des familles qui vivent dans la pauvreté, de façon à prévenir tout problème de santé potentiel.

En quatrième lieu, on soupçonne l'existence d'un gradient socio-économique de l'obésité chez les Canadiens. Il a été démontré que les taux d'obésité observés aux États-Unis sont associés aux gradients socio-économiques, du moins chez les femmes⁵⁹⁻⁶¹. Bien que les données actuellement disponibles au Canada ne permettent pas d'associer le taux d'obésité au statut socio-économique, on pourra peut-être y voir plus clair suite à l'analyse des données de ESCC 2004, Cycle 2,2.

Finalement, l'existence d'inégalités sociales en matière de santé est désormais

acceptée. On constate en effet que les gens vivent de moins en moins longtemps et en moins bonne santé à mesure que les circonstances économiques et sociales se détériorent⁶²⁻⁶⁴. On a émis l'hypothèse qu'une meilleure alimentation pouvait réduire la morbidité et la mortalité précoce chez les groupes à faible revenu, pourvu qu'elle soit accompagnée d'une amélioration des autres facteurs reliés au mode de vie^{39,65-75}. Toutefois, des données probantes indiquent que l'alimentation, de même que les autres facteurs de risque reliés au mode de vie, dont le tabagisme, jouent un rôle moins important à ce niveau que les déterminants sociaux de la santé, particulièrement la pauvreté elle-même^{47,56,76-83}.

MÉTHODOLOGIE ET RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Après avoir consulté, entre décembre 2002 et mars 2003, les banques de données électroniques CINAHL et MEDLINE et des rapports sommaires d'études sociologiques, nous avons consulté ERIC en juillet 2003. Nous avons retenu des citations de documents publiés depuis 1975. Toutes ces recherches ont été effectuées à partir des mots clés suivants : *food insecurity; inequalities and nutrition; hunger; poverty and food; poverty and diet; food poverty; health inequalities and diet; healthy eating and low-income; food behaviour; food choice; dietary patterns; lay knowledge and health; health behaviour; health beliefs*.

Nous avons également consulté des documents de référence non indexés dans les banques de données mentionnées plus haut, tels que des livres, des chapitres de livres et de la littérature non scientifique. Nous avons identifié d'autres livres à partir du système de recherche de la bibliothèque de l'Université de Toronto ainsi que d'autres articles non scientifiques à partir de Google. Nous avons également tenu compte des références proposées par les réviseurs des examens synthèse originaux et retenu les principaux articles publiés en français obtenus à l'aide de stratégies similaires. Un assistant de recherche bilingue a préparé des résumés de ces derniers articles.

La qualité méthodologique des études retenues a été évaluée à partir de critères stricts. Ainsi, on devait y retrouver :

- Une explication détaillée des méthodes utilisées, à savoir une description de la

population étudiée et de la façon de choisir l'échantillon, une explication de la méthode de collecte des données et une discussion des biais potentiels reliés à la collecte des données.

- Une explication détaillée de l'analyse des données, une description des tests statistiques ou de l'approche analytique utilisés.
- Une interprétation des résultats conforme aux données recueillies et au cadre d'analyse utilisé.

Sommaire de la littérature

Les gradients socio-économiques des habitudes alimentaires

De nombreuses études européennes ont démontré que les personnes appartenant à des classes sociales plus élevées (l'indicateur généralement retenu étant le niveau d'instruction plutôt que le revenu ou l'occupation) avaient une meilleure alimentation, consommaient plus de fruits et légumes, de lait écrémé ou partiellement écrémé et moins de graisses, d'huile et de viande³²⁻⁴⁰. Des études menées aux États-Unis^{31,41-46} et en Australie⁴⁷⁻⁴⁹ ont aussi révélé l'existence de gradients socio-économiques, c.-à-d. que l'alimentation des groupes plus favorisés se rapprochait davantage des recommandations nutritionnelles que celle des groupes moins favorisés. Toutefois, les études visant à mesurer l'apport en nutriments plutôt que la consommation alimentaire^{33,47,84,85} n'ont révélé que de faibles différences entre ces deux groupes socio-économiques : « les différences semblaient peu importantes considérant qu'aucun groupe social ne respecte vraiment les recommandations nutritionnelles »⁴⁷.

Quelques données historiques prouvent l'existence de gradients socio-économiques de l'alimentation au Canada⁸⁶⁻⁸⁹. D'autres études plus récentes vont dans le même sens^{51,52,90-92}. On y souligne en outre l'existence potentielle de seuils limites en fonction du revenu dans le cas de certains groupes alimentaires dont les fruits, les légumes et les produits laitiers^{51,52,93}. L'existence de seuils de revenu reliés à certains groupes d'aliments permet de supposer qu'au-dessous de tels seuils, le revenu représente le plus important déterminant de la consommation alimentaire. Par ailleurs, l'existence de gradients socio-

économiques en fonction des groupes alimentaires permet de supposer que même si le revenu représente un déterminant important de la consommation alimentaire, d'autres déterminants, surtout le niveau d'instruction, ont également une certaine importance. L'importance relative du revenu par rapport au niveau d'instruction varie probablement en fonction des différents gradients socioéconomiques de l'alimentation. De façon à mieux comprendre les inégalités nutritionnelles qui existent au Canada et de concevoir des stratégies d'intervention efficaces, l'obtention de données nationales représentatives, recueillies sur une base continue, s'avère essentielle.

L'insécurité alimentaire et les inégalités en matière d'alimentation

Beaucoup plus d'études ont été menées auprès du segment le plus vulnérable de la population canadienne à faible revenu, c.-à-d. les personnes souffrant d'insécurité alimentaire. Bien que le revenu soit le principal déterminant de l'insécurité alimentaire et de la faim, on n'observe aucune relation linéaire entre le revenu et les mesures de la sécurité alimentaire^{94,95}. Suite à une analyse de données canadiennes, on constate que la probabilité de rapporter l'insécurité alimentaire ou une insuffisance d'aliments* est proportionnelle à la diminution du revenu^{10,11,22,97}. Une étude nationale représentative a démontré que les ménages se situant au tiers inférieur des revenus normalisés des ménages couraient 10,2 fois plus de risques d'insécurité alimentaire que ceux se situant au tiers supérieur²⁶. L'analyse des résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1998-1999, a révélé que 10,2 % des ménages canadiens (environ 3 millions de personnes) avaient déclaré souffrir d'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente^{10,26}. Des analyses plus récentes permettent de supposer une augmentation inquiétante du nombre de Canadiens et de Canadiennes souffrant

d'insécurité alimentaire, le pourcentage observé étant de 14,7 % en 2000-2001⁸.

Tandis que l'insécurité alimentaire est mesurée à l'échelle des ménages, les apports alimentaires sont mesurés à l'échelle individuelle⁹⁵. Les personnes vivant dans un ménage où sévit l'insécurité alimentaire ne s'alimentent pas toutes de la même façon. Ainsi, une étude visant à évaluer les apports en nutriments chez les enfants vivant dans de tels ménages^{15,95,98-101}, à vérifier comment on y gère l'insécurité alimentaire^{12-15,18,20,27,28,99,102-112} et à évaluer les différences entre les sexes quand il s'agit de nourrir la famille¹¹³⁻¹¹⁶, permettent de supposer que les aliments ne sont pas distribués également entre tous les membres de la famille. Cette étude révèle en outre que les mères déploient tous les efforts possibles en vue de protéger leurs enfants d'un manque de nourriture ou de la faim elle-même (bien que la *qualité* des aliments servis aux enfants laisse parfois à désirer lors de ces périodes de contraintes budgétaires). Les mères ont recours à de nombreuses stratégies pour gérer la situation. Elles réduisent même leur propre consommation alimentaire, à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif, de façon à s'assurer que leurs enfants ne souffrent pas de la faim (la pire catastrophe à leurs yeux). Les apports alimentaires des mères, à savoir les indicateurs de risque les plus sensibles sur le plan nutritionnel, ont été examinés dans le cadre de deux études récentes menées auprès de ménages canadiens à risque élevé^{14,15,18}. Ces études ont démontré la prévalence d'apports inférieurs aux apports recommandés dans le cas de plusieurs nutriments.

Les études effectuées jusqu'à maintenant auprès de Canadiens et Canadiennes souffrant d'insécurité alimentaire ont révélé que le principal obstacle à la saine alimentation était un revenu insuffisant. Cette conclusion s'appuie sur le fait que les mères essaient vraiment d'assurer des apports suffisants en nutriments et en énergie à leurs enfants¹⁵ et que ces apports diminuent systématiquement en cas de détérioration du statut de sécurité alimentaire¹⁸. Elle s'appuie également sur des études démontrant que les revenus des prestataires du bien-être social et ceux des employés au salaire minimum sont insuffisants pour leur permettre de se procurer tous les aliments nécessaires à une saine alimenta-

tion^{21,117}. Par ailleurs, un niveau d'instruction plus élevé ne protège pas les ménages contre l'insécurité alimentaire^{14,19,26,97,118}; il ne semble pas non plus que le niveau d'instruction puisse contrebalancer les effets d'un revenu insuffisant sur l'alimentation^{51,93}. Ni les connaissances en nutrition^{27,66,119-122}, ni les habiletés culinaires^{25,123} ne semblent être des facteurs qui influencent significativement la saine alimentation chez ces populations. Il a été démontré que les ménages à faible revenu obtiennent plus de nutriments pour chaque dollar consacré à l'alimentation que les ménages à revenu plus élevé^{124,125}. On peut en conclure que les personnes vivant dans la pauvreté sont particulièrement débrouillardes et créatives lorsqu'il s'agit de gérer leurs ressources financières ou leur budget alimentaire de façon à s'assurer que les besoins les plus criants soient satisfaits en premier^{9,12,13,23,69,102-105,108-110,112,115,120,126-135}.

Le recours à une approche sociologique

Les conclusions d'une étude en sociologie de la santé visant à comparer les habitudes alimentaires de diverses classes sociales¹³⁶⁻¹⁴⁰ permettent de supposer deux conceptions contradictoires de l'alimentation en fonction des classes sociales, à savoir la substance (les aliments en tant que matériaux qui maintiennent le corps en vie et procurent de la force) et la forme (les aliments sont vus dans un contexte de discipline personnelle, en fonction d'une certaine vision de l'esthétisme). L'opposition entre ces deux types de relations aux aliments étant avant tout fondée sur l'« éloignement de la nécessité »¹³⁶, c.-à-d. une façon indirecte selon laquelle le revenu et la situation sociale influencent les habitudes alimentaires. Cette étude laisse supposer qu'en plus des seuils de revenu associés à la consommation de différents groupes alimentaires, il pourrait aussi y avoir des seuils culturels en fonction de la classe sociale (dont la réussite des études) et de la trajectoire sociale.

Par ailleurs, des études en sciences sociales permettent de supposer qu'il faut aussi tenir compte du concept « d'appartenance » lorsqu'on tente d'expliquer les habitudes alimentaires. Comme le souligne Deborah Stone¹⁴¹, une spécialiste en sciences politiques, « la façon de s'alimenter reflète l'adhésion à un groupe, le statut social et les valeurs spirituelles. Le fait de

* L'insuffisance alimentaire représente un concept plus étroit et plus simple que l'insécurité alimentaire. On mesure l'insuffisance alimentaire par une simple question ajoutée aux enquêtes portant sur la quantité et la qualité des aliments consommés au foyer. L'insuffisance alimentaire est considérée comme un indicateur relativement préoccupant de l'insécurité alimentaire des ménages⁹⁶.

s'alimenter de la même façon que les autres est un signe fondamental d'appartenance sociale » (p. 71). L'obligation de nourrir sa famille confirme, du moins en partie, que des « besoins communautaires » existent, tels que définis par Stone¹⁴¹. Parmi ces besoins, mentionnons « la communauté, la solidarité, l'appartenance, la dignité, le respect, l'estime de soi, l'honneur, l'amitié et l'amour » (p. 77). Le désir des personnes à faible revenu de s'intégrer à la culture dominante en ayant le même type d'alimentation a été bien documenté dans le cadre d'études examinant les aspects sociaux de l'insécurité alimentaire^{13,108,142,143}.

L'examen de la documentation a permis de constater les fonctions importantes des aliments, de l'acte de manger et du fait de « nourrir sa famille », à la fois sur le plan social, culturel et symbolique¹¹⁵. On peut donc supposer que ces pratiques quotidiennes s'appuient sur différents « raisonnements culturels » selon la classe sociale à laquelle on appartient.

LES LACUNES OBSERVÉES AU NIVEAU DES CONNAISSANCES

La pénurie de données nationales relatives aux gradients socio-économiques de l'alimentation

Étant donné qu'un programme de recherche poussé sur les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu doit s'appuyer avant tout sur des données quantitatives relatives à l'apport alimentaire et aux habitudes de consommation alimentaire des Canadiens et Canadiennes en général, la pénurie actuelle de données nationales relatives aux gradients socio-économiques de la saine alimentation représente probablement la principale lacune observée lors de l'examen de la documentation traitant des études menées au Canada. Fort heureusement, cette lacune commencera bientôt à être comblée suite à la publication prochaine des résultats de ESCC, cycle 2,2, volet nutrition dont la collecte de données a été achevée en décembre 2004.

Il faudrait idéalement mettre en place un système de monitoring et de surveillance de la nutrition permettant d'obtenir des données à long terme. Lors de la conception d'une telle étude sur la nutrition, il faudrait inclure de multiples mesures de la classe sociale, dont le revenu, le niveau

d'instruction, l'occupation et la trajectoire sociale, à la fois pour les répondants et leurs époux ou conjoints, si tel est le cas¹⁴⁴, dans le but d'obtenir des données permettant de mieux comprendre les gradients socio-économiques de l'alimentation ainsi que les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu. Il faudra également tenir compte d'autres facteurs dont l'influence sur les habitudes alimentaires a déjà été reconnue, à savoir la composition de la famille, les rôles et responsabilités au sein de la famille, le groupe ethnique, le temps passé au Canada, le nombre d'heures de travail, les aliments disponibles en milieu de travail et ainsi de suite. Il faudrait idéalement inclure des mesures individuelles de l'insécurité alimentaire⁹⁶ et tenir compte du coût des aliments¹⁴⁵. On pourrait avoir recours à une étude longitudinale dans le but d'obtenir des données sur les répercussions des changements observés au niveau de la culture, du revenu et du statut de sécurité alimentaire et de vérifier comment certains facteurs tels que l'âge des parents, la composition de la famille et l'âge des enfants influencent les habitudes alimentaires.

L'obtention de telles données nationales sur la nutrition pourra nous aider à combler les lacunes observées, à la longue. En effet, ces données permettront d'évaluer l'importance des différences observées entre les divers groupes socio-économiques au niveau de la façon de s'alimenter, de vérifier les gradients utilisés dans les différents instruments de mesure du statut socio-économique, de vérifier la relation entre les gradients socio-économiques et les seuils de revenu reliés aux différents groupes alimentaires, et aussi si cette relation varie en fonction des différents groupes alimentaires ou plutôt en fonction des apports en nutriments. Elles permettront également de vérifier si les différences socio-économiques observées en matière d'alimentation varient en fonction du milieu géographique (région rurale, région rurale éloignée, milieu urbain ou suburbain), du sexe, du groupe d'âge ou du groupe ethnique et d'examiner la relation entre les gradients pressentis au niveau des groupes alimentaires et la possibilité de bien s'alimenter, soit par rapport aux recommandations nutritionnelles en vigueur ou à d'autres mesures de la qualité de l'alimentation et finalement, d'examiner

l'évolution de ces diverses relations à la longue.

La nécessité d'études sociologiques portant sur les interactions du revenu et de la classe sociale d'une part, et de divers autres facteurs qui influencent les habitudes alimentaires, d'autre part

Peu d'études ont examiné les interactions du revenu et des autres facteurs qui influencent les habitudes alimentaires, tels que le type de logement, le soutien social, les rôles et responsabilités au sein de la famille, les contraintes de temps, l'étape de la vie, le groupe ethnique, le temps passé au Canada, etc. Des études sociologiques qualitatives visant à identifier d'autres indicateurs de l'insécurité alimentaire pourraient permettre d'évaluer les dimensions qualitatives et sociales de l'insécurité alimentaire et de développer des mesures du statut de sécurité alimentaire individuel (par opposition à celui des ménages), tel que proposé par Tarasuk⁹⁶. De telles études pourraient permettre, entre autres, d'éclaircir en partie la dynamique guidant la répartition des aliments entre les membres de la famille chez les familles biparentales hétérosexuelles à faible revenu et de vérifier comment le désir d'appartenance influence les habitudes alimentaires chez les personnes socialement exclues. On pourrait aussi avoir recours à une étude longitudinale dans le but de mieux comprendre comment les changements observés au niveau des facteurs individuels ou des facteurs reliés au ménage peuvent influencer les habitudes alimentaires.

La nécessité d'études sociologiques portant sur les normes et cultures alimentaires au Canada

On retrouve peu de documentation traitant des normes et cultures alimentaires au Canada. En supposant que l'une des conditions indispensables à l'amélioration des habitudes alimentaires chez les Canadiens à faible revenu réside dans une amélioration de la culture alimentaire dominante et des normes alimentaires, tel que constaté lors du présent examen, il s'avère important de mieux définir les cultures et normes alimentaires observées au pays en vue de pouvoir trouver des moyens efficaces de les faire évoluer dans le bon sens. Le temps presse, compte tenu de l'augmentation croissante de la prévalence de l'obésité. Il

est en effet urgent de mettre en oeuvre des interventions visant à combattre ce fléau.

Ainsi, on sait que les stratégies de marketing mises de l'avant par l'industrie alimentaire font partie des facteurs qui influencent fortement la définition des normes alimentaires et leur évolution en Amérique du Nord, à l'heure actuelle. L'industrie alimentaire va souvent à l'encontre de la promotion de la saine alimentation puisqu'elle est guidée par sa propre logique qui est celle du profit^{146,147}. Il importe désormais d'explorer comment l'industrie alimentaire façonne les normes sociales entourant l'alimentation au Canada, comment les personnes appartenant à différents groupes sociaux (p. ex., classe sociale, sexe, groupe ethnique, âge, etc.) sont ciblées par les spécialistes du marketing alimentaire et aussi comment les gens interprètent les messages publicitaires et les mettent en pratique (ce qui peut entraîner une modification à long terme des normes et cultures alimentaires). De telles études pourraient s'avérer utiles à la conception de campagnes de marketing social encore plus efficaces en matière de promotion de la saine alimentation.

Recherche sur le coût d'une saine alimentation

Les enquêtes nationales sur la nutrition devraient idéalement tenir compte du coût des aliments, de façon à ce qu'on puisse relier les variables alimentaires aux variables économiques. Des projets de recherche à plus faible échelle pourraient être mis en branle d'ici à ce que cette lacune soit comblée, c'est-à-dire des études visant à comparer les prix des choix les plus nutritifs dans les divers groupes alimentaires (p. ex., les produits à plus faible teneur en lipides), à comparer les prix de divers paniers alimentaires¹⁴⁸, ou encore à évaluer la relation entre le prix des aliments et la densité énergétique¹⁴⁵. Au cas où on confirmerait qu'une meilleure alimentation coûte plus cher qu'une moins bonne alimentation, il faudra sans doute revoir les politiques publiques en la matière. On sait en effet que les fluctuations de prix ont des répercussions importantes sur le choix des aliments à l'échelle individuelle¹⁴⁹⁻¹⁵². On a même proposé l'adoption de stratégies fondées sur le prix des aliments, à l'échelle de la population, dans le but d'améliorer les habitudes alimentaires¹⁴⁶. Une meilleure

compréhension de la relation entre le coût des aliments et une meilleure alimentation représente la première étape d'une démarche visant à évaluer le potentiel des interventions communautaires fondées sur le prix des aliments dans le but d'influencer les habitudes alimentaires des Canadiens et des Canadiennes.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. Site Web sur la santé de la population : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/index.html>. le 24 janvier 2004.
2. Comité directeur conjoint. *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*. Ottawa, ON, 1996.
3. McAmmond D, and Associates. *Promotion et mesures de soutien d'une saine alimentation: premier survol des lacunes au niveau des connaissances et des besoins en matière de recherche*. Ottawa, ON: Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada, 2001.
4. Coburn D. Income inequality, social cohesion, and the health status of populations: The role of neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2000;51:135-46.
5. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism and health inequalities. *Soc Sci Med* 2004;58:41-56.
6. Lynch J. Income inequality and health: Expanding the debate. *Soc Sci Med* 2000;51:1001-5.
7. Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv* 2003;33(3):419-94.
8. Kirkpatrick S. Analysis of the 2000-01 CCHS Food Security Indicator Questions. Department of Nutritional Sciences, University of Toronto, unpublished.
9. Tarasuk V. Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances. *J Nutr* 2001;131(10):2670-76.
10. Che J, Chen J. Food insecurity in Canadian households. *Health Rep* 2001;12(4):11-22.
11. Hamelin A-M, Beaudry M, Habicht J-P. La vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire. *Rev can d'études du dévelop* 1998;14:277-306.
12. Hamelin A-M, Habicht J-P, Beaudry M. Food insecurity: Consequences for the household and broader social implications. *J Nutr* 1999;129:525S-528S.
13. Hamelin AM, Beaudry M, Habicht JP. Characterization of household food insecurity in Quebec: Food and feelings. *Soc Sci Med* 2002;54(1):119-32.
14. McIntyre L, Glanville NT, Officer S, Anderson B, Raine KD, Dayle JB. Food insecurity of low-income lone mothers and their children in Atlantic Canada. *Can J Public Health* 2002;93(6):411-15.
15. McIntyre L, Glanville NT, Raine KD, Dayle JB, Anderson B, Battaglia N. Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? *Can Med Assoc J* 2003;168(3):686-91.
16. McIntyre L, Walsh G, Connor S. *A Follow-up Study of Child Hunger in Canada*. Ottawa, ON: Human Resources Development Canada, Applied Research Branch Strategic Policy, 2001.
17. Tarasuk V. Low income, welfare and nutritional vulnerability. *Can Med Assoc J* 2003;168(6):709-10.

18. Tarasuk V, Beaton G. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *J Nutr* 1999;129:672-79.
19. Tarasuk V, Beaton G. Household food insecurity and hunger among families using food banks. *Can J Public Health* 1999;90:109-13.
20. Tarasuk V, Maclean H. The food problems of low-income single mothers: An ethnographic study. *Can Home Econ J* 1990;40(2):76-82.
21. Vozoris N, Davis B, Tarasuk V. The affordability of a nutritious diet for households on welfare in Toronto. *Can J Public Health* 2002;93(1):36-40.
22. Vozoris N, Tarasuk V. Household food insufficiency is associated with poorer health. *J Nutr* 2003;133(1):20-26.
23. Dachner N, Tarasuk V. Homeless "squeegee kids": Food insecurity and daily survival. *Soc Sci Med* 2002;54:1039-49.
24. Antoniadis M, Tarasuk V. A survey of food problems experienced by Toronto street youth. *Can J Public Health* 1998;89(6):371-75.
25. McLaughlin C, Tarasuk V, Kreiger N. An examination of at-home food preparation activity among low-income, food insecure women. *J Am Diet Assoc* 2003;103:1506-12.
26. Rainville B, Brink S. *Food Insecurity in Canada, 1998-1999*. Ottawa, ON: Human Resources Development Canada, Applied Research Branch of Strategic Policy, 2001.
27. Badun C, Evers S, Hooper M. Food security and nutritional concerns of parents in an economically disadvantaged community. *J Can Diet Assoc* 1995;56(2):75-80.
28. Travers KD. The social organization of nutritional inequities. *Soc Sci Med* 1996;43(4):543-53.
29. Jacobs Starkey L, Gray-Donald K, Kuhnlein H. Nutrient intake of food bank users is related to frequency of food bank use, household size, smoking, education, and country of birth. *J Nutr* 1999;129:883-89.
30. Jacobs Starkey L, Kuhnlein H. Montreal food bank users' intakes compared with recommendations of Canada's Food Guide to Healthy Living. *Can J Diet Pract Res* 2000;61(2):73-75.
31. Morris DH, Sorensen G, Stoddard AM, Fitzgerald G. Comparison between food choices of working adults and dietary patterns recommended by the National Cancer Institute. *J Am Diet Assoc* 1992;92:1272-74.
32. Roos G, Prättälä R, FAIR-97-3096 Disparities Group (tasks 4 and 5). Disparities in Food Habits: Review of Research in 15 European Countries. Helsinki, Finland: National Public Health Institute, 1999.
33. Galobardes B, Morabia A, Bernstein M. Diet and socioeconomic position: Does the use of different indicators matter? *Int J Epidemiol* 2001;30:334-40.
34. Groth MV, Fagt S, Brøndsted L. Social determinants of dietary habits in Denmark. *Eur J Clin Nutr* 2001;55:959-66.
35. Martikainen P, Brunner E, Marmot M. Socioeconomic differences in dietary patterns among middle-aged men and women. *N Engl J Med* 2003;56:1397-410.
36. Perrin AE, Simon C, Hedelin G, Arveiler D, Schaffer P, Schlienger JL. Ten-year trends of dietary intake in a middle-aged French population: Relationship with educational level. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:393-401.
37. Pryer JA, Nichols R, Elliot P, Thakrar B, Brunner E, Marmot M. Dietary patterns among a national random survey sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:29-37.
38. Roos E, Lahelma E, Virtane M, Prattala R, Pietinen P. Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. *Soc Sci Med* 1998;46(12):1519-29.

39. Laitinen S, Räsänen L, Viikari J, Åkerblom HK. Diet of Finnish children in relation to the family's socio-economic status. *Scand J Soc Med* 1995;23:88-94.
40. Ruxton C, Kirk T. Relationship between social class, nutrient intake and dietary patterns in Edinburgh schoolchildren. *Int J Food Sci Nutr* 1996;47:341-49.
41. Basiotis PP, Carlson A, Gerrior SA, Juan WY, Lino M. *The Healthy Eating Index: 1999-2000*. Washington, DC: US Department of Agriculture, 2002.
42. Bowman SA, Linn M, Gerrior SA, Basiotis PP. *The Healthy Eating Index 1994-96*. Washington, DC: US Department of Agriculture, 1998.
43. Center for Nutrition Policy and Promotion. *The Healthy Eating Index*. Washington, DC: US Department of Agriculture, 1995.
44. Kushi LH, Folsom AR, Jacobs DR, Luepker RV, Elmer PJ, Blackburn H. Educational attainment and nutrient consumption patterns: The Minnesota Heart Survey. *J Am Diet Assoc* 1988;88:1230-36.
45. Popkin BM, Haines PS, Reidy KC. Food consumption trends of US women: Patterns and determinants between 1977 and 1985. *Am J Clin Nutr* 1989;49:1307-19.
46. Popkin BM, Siega-Riz AM, Haines PS. A comparison of dietary trends among racial and socioeconomic groups in the United States. *N Engl J Med* 1996;335:716-20.
47. Smith AM, Baghurst K. Public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:409-16.
48. Turrell G. Socioeconomic differences in food preference and their influence on healthy food purchasing choices. *J Hum Nutr Diet* 1998;11:135-49.
49. Turrell G, Hewitt B, Patterson C, Oldenburg B, Gould T. Socioeconomic differences in food purchasing behaviour and suggested implications for diet-related health promotion. *J Hum Nutr Diet* 2002;15:355-64.
50. Leather S. *The Making of Modern Malnutrition: An Overview of Food Poverty in the UK*. The Caroline Walker Lecture, 1996. London, England: The Caroline Walker Trust, 1996.
51. Kirkpatrick S, Tarasuk V. The relation between low income and household food expenditure patterns in Canada. *Public Health Nutr* 2003;6(6):589-97.
52. Ricciuto L. Characterization of Canadian food expenditure patterns in relation to income, and implications for food policy. Toronto, ON: Department of Nutritional Sciences, University of Toronto, 2003.
53. Nyström Peck M. The importance of childhood socio-economic group for adult health. *Soc Sci Med* 1994;39(4):553-62.
54. Barker DJP, Forsen T, Uutela A, Osmond C, Eriksson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: Longitudinal study. *Br Med J* 2001;323:1273-76.
55. Barker DJP, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989;334:577-80.
56. Davey Smith G, Hart C, Blane D, Hole D. Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: Prospective observational study. *Br Med J* 1998;316:1631-35.
57. Gunnell D, Davey Smith G, Frankel S, Nanchahal K, Braddon FEM, Pemberton J, Peters T. Childhood leg length and adult mortality—follow up of the Carnegie (Boyd Orr) Survey of diet and growth in pre-war Britain. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:142-52.
58. Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Ann NY Acad Sci* 1999;89(85-95).
59. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults 1999-2000. *JAMA* 2002;288:1723-27.
60. Paeratakul S, Lovejoy JC, Ryan DH, Bray GA. The relation of gender, race, and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of U.S. adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:1205-10.
61. Wardle J, Waller J, Jarvis M. Sex difference in the association of socioeconomic status with obesity. *Am J Public Health* 2002;92(8):1299-304.
62. Wilkinson R, Marmot ME (Eds.). *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd Ed. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 2003.
63. Raphael D. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc., 2004.
64. Marmot M, Wilkinson R (Eds.). *Social Determinants of Health*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1999.
65. Carlisle S. Inequalities in health: Contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Critical Public Health* 2001;11(3):267-81.
66. Blaxter M. *Health & Lifestyles*. London & New York: Tavistock/Routledge, 1990.
67. D'Arcy C. Social distribution of health among Canadians. In: Coburn D, D'Arcy C, Torrance GM (Eds.). *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives*, 2nd ed. Toronto, ON: University of Toronto Press, 1998;73-101.
68. Davey Smith G, Brunner E. Socio-economic differentials in health: The role of nutrition. *Proc Nutr Soc* 1997;56:75-90.
69. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4(2B):701-9.
70. Hupkens C. *Social Class Differences in Eating and Drinking Behaviour*. Delft, The Netherlands: Martijn Geerdes, 1998.
71. Lee P. Nutrient intakes in socially disadvantaged groups in Ireland. *Proc Nutr Soc* 1990;49:307-21.
72. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997;44(6):809-19.
73. Macintyre S. The Black Report and beyond: What are the issues? *Soc Sci Med* 1997;44:934-42.
74. Pill R, Peters TJ, Robling MR. Social class and preventive health behaviour: A British example. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:28-32.
75. Robertson A. Social inequalities and the burden of food-related ill-health. *Public Health Nutr* 2001;4(6A):1371-73.
76. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. *Circulation* 1993;88:1973-98.
77. Diez Roux AV, Stein Merkin S, Arnett D, Chambless L, Massing M, Nieto FJ, et al. Neighbourhood of residence and incidences of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001;345(2):99-106.
78. Fuhrer R, Hipley MJ, Chastang JF, Schmaus A, Niedhammer I, Stansfeld SA, et al. Socioeconomic position, health, and possible explanations: A tale of two cohorts. *Am J Public Health* 2002;92:1290-94.
79. Lantz P, Lynch JW, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, et al. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: The role of health-risk behaviors. *Soc Sci Med* 2001;53:29-40.
80. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-93.
81. Pill R, Peters TJ, Robling MR. Factors associated with health behaviour among mothers of lower socio-economic status: A British example. *Soc Sci Med* 1993;36:1137-44.
82. Whichelow M, Prevost AT. Dietary patterns and their associations with demographic, lifestyle and health variables in a random sample of British adults. *Br J Nutr* 1996;76:17-30.
83. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death—Specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984;1:1003-6.
84. Hulshof K, Lowik M, Kok F, Wedel M, Brants H, Hermus R, Hoor F. Diet and other lifestyle factors in high and low socio-economic groups (Dutch Nutrition Surveillance System). *Eur J Clin Nutr* 1991;45:441-50.
85. Roos E, Pratala R, Lahelma E, Kleemola P, Pietinen P. Modern and healthy?: Socioeconomic differences in the quality of diet. *Eur J Clin Nutr* 1996;50(11):753-60.
86. McHenry EW. Nutrition in Toronto. *Can Public Health J* 1939;30(1):4-13.
87. Patterson JM, McHenry EW. A dietary investigation in Toronto families having annual incomes between \$1,500 and \$2,400. *Can Public Health J* 1941;32(5):251-58.
88. Hunter G, Pett LB. A dietary survey in Edmonton. *Can Public Health J* 1941;32(5):259-65.
89. Myres A, Kroetsch D. The influence of family income on food consumption patterns and nutrient intake in Canada. *Can J Public Health* 1978;69:208-21.
90. Dubois L, Girard M. Social position and nutrition: A gradient relationship in Canada and the USA. *Eur J Clin Nutr* 2001;55:366-73.
91. Pérez CE. Fruit and vegetable consumption. *Health Rep* 2001;13(3):23-31.
92. Marrett L, Roberts M, Innes M. Insight on Cancer: News and Information on Nutrition and Cancer Prevention. Toronto, ON: Cancer Care Ontario and Canadian Cancer Society (Ontario Division), 2003.
93. Ricciuto L. *The Effect of Household Income on the Purchase of 'Healthy Foods': Social Determinants of Health Across the Life-Span*. York University, Toronto, 2002.
94. Nord M, Brent CP. *Food Insecurity in Higher Income Households*. Washington, DC: USDA Economic Research Service, 2002.
95. Rose D. Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. *J Nutr* 1999;129:517S-520S.
96. Tarasuk V. Document de travail sur l'insécurité alimentaire individuelle et des ménages. Ottawa, ON : Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada, 2001.
97. McIntyre L, Connor SK, Warren J. Child hunger in Canada: Results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Can Med Assoc J* 2000;163(8):961-65.
98. Shatenstein B, Ghadirian P. Nutrient patterns and nutritional adequacy among French-Canadian children in Montreal. *J Am Coll Nutr* 1996;15:264-72.
99. Dowler E, Calvert C. *Nutrition and Diet in Lone-Parent Families in London*. London, England: Family Policy Studies Centre, 1995.
100. Casey P, Szeto K, Lensing S, Bogle M, Weber J. Children in food insufficient, low-income families: Prevalence, health, and nutrition status. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:508-14.
101. Cristofar SP, Basiotis PP. Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19-50 years and their children ages 1-5 years by reported perception of food sufficiency. *J Nutr Educ* 1992;24(1):53-58.
102. Radimer KL, Olson CM, Greene JC, Campbell CC, Habicht J-P. Understanding hunger and

- developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ* 1992;24:36S-45S.
103. Ahluwalia I, Dodds J, Baligh M. Social support and coping behaviors of low-income families experiencing food insufficiency in North Carolina. *Health Educ Behav* 1998;25(5):599-612.
 104. Campbell C, Desjardins E. A model and research approach for studying the management of limited food resources by low-income families. *J Nutr Educ* 1989;21(4):162-71.
 105. Dobson B, Beardsworth A, Keil T, Walker R. *Diet, Choice and Poverty: Social, Cultural and Nutritional Aspects of Food Consumption Among Low-income Families*. London, England: Family Policy Studies Centre and the Joseph Rowntree Foundation, 1994.
 106. Dowler E, Turner S, Dobson B. *Poverty Bites: Food, Health and Poor Families*. London, England: CPAG, 2001.
 107. Durand-Gasselin S, Luquet F-M. La vie quotidienne autour de l'alimentation : les modes de vie, les représentations socio-culturelles et les comportements alimentaires de 55 familles à faibles revenus en banlieue parisienne. *Méd Nutr* 2000;1:40-52.
 108. Fitchen J. Hunger, malnutrition, and poverty in the contemporary United States: Some observations on their social and cultural context. In: Counihan C, van Esterik P (Eds.), *Food and Culture: A Reader*. New York: Routledge, 1997 (1988):384-401.
 109. Hitchman C, Christie I, Harrison M, Lang T. *Inconvenience Food: The Struggle to Eat Well on a Low Income*. London, England: Demos, 2002.
 110. Radimer KL, Olson CM, Campbell CC. Development of indicators to assess hunger. *J Nutr* 1990;120:1544-48.
 111. Tarasuk V. A critical examination of community-based responses to household food insecurity in Canada. *Health Educ Behav* 2001;28(4):487-99.
 112. Wehler CA, Scott RI, Anderson JJ. The Community Childhood Hunger Identification Project: A model of domestic hunger-demonstration project in Seattle, Washington. *J Nutr Educ* 1992;24(1):29S-35S.
 113. Jansson S. Food practices and division of domestic labour. A comparison between British and Swedish households. *Social Rev* 1995;43(3):462-77.
 114. Charles N, Kerr M. *Women, Food and Families*. Manchester, England: Manchester University Press, 1988.
 115. DeVault M. *Feeding the Family: The Social Organization of Caring as Gendered Work. Women in Culture and Society*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1991.
 116. Ellis R. The way to a man's heart: Food in the violent home. In: Murcott A (Ed.), *The Sociology of Food and Eating: Essays on the Sociological Significance of Food*. Aldershot, England: Gower Publishing Company Limited, 1983;164-71.
 117. Dietitians of Canada BC Region, Community Nutritionists Council of BC. *The Cost of Eating in BC: The Challenge of Feeding a Family on a Low-Income*. Vancouver: Authors, 2002.
 118. Wilson B, Tsoa E. *HungerCount 2002. Eating their Words: Government Failure on Food Security*. Toronto: Canadian Association of Food Banks, 2002.
 119. Travers KD. "Do you teach them how to budget?" Professional discourse in the construction of nutritional inequities. In: Maurer D, Sobal J (Eds.), *Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems. Social Problems and Social Issues*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, 1995;213-40.
 120. Bradbard S, Michaels E, Fleming K, Campbell M. *Understanding the Food Choices of Low-income Families*. Washington, DC: US Department of Agriculture, Food and Consumer Services, 1997.
 121. Blaxter M. Why do victims blame themselves? In: Radley A (Ed.), *Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives of Health and Disease*. London, England: Routledge, 1993.
 122. Lang T. Dividing up the cake: Food as social exclusion. In: Walker A, Walker C (Eds.), *Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s*. London, England: CPAG Ltd., 1997.
 123. Lang T, Caraher M, Dixon P, Carr-Hill R. *Cooking Skills and Health*. London, England: Health Education Authority, 1999.
 124. Philip W, James T, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socioeconomic determinants of health: The contribution of nutrition to inequalities in health. *Br Med J* 1997;314:1545-49.
 125. Horton S, Campbell C. Do the poor pay more for food? *Food Market Commentary* 1990;11(4):33-39.
 126. Edin K, Lein L. *Making Ends Meet: How Single Mothers Survive Welfare and Low-wage Work*. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1997.
 127. Ehrenreich B. *Nickel and Dimed: On (Not) Getting by in America*. New York, NY: Metropolitan Books, 2001.
 128. Graham H. Being poor: Perceptions and coping strategies of lone mothers. In: Brannen J, Wilson G (Eds.), *Give and Take in Families: Studies in Resource Distribution*. London, England: Allen & Unwin, 1987;56-74.
 129. Kempson E. *Life on a Low Income*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation, 1996.
 130. MacGregor S. Feeding families in Harris' Ontario: Women, the Tsubouchi Diet, and the politics of restructuring. *Atlantis* 1997;21(2):93-110.
 131. Polakow V. *Lives on the Edge: Single Mothers and their Children in the Other America*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1993.
 132. Schein V. *Working from the Margins: Voices of Mothers in Poverty*. Ithaca and London: Cornell University Press, 1995.
 133. Swanson J. *Poor-Bashing: The Politics of Exclusion*. Toronto, ON: Between the Lines, 2001.
 134. Toynbee P. *Hard Work: Life in Low-Pay Britain*. London, England: Bloomsbury Publishing, 2003.
 135. Quandt SA, Argury TA, Early J, Tapia J, Davis JD. Household food security among migrant and seasonal Latino farmworkers in North Carolina. *Public Health Rep* 2004;119:568-76.
 136. Bourdieu P. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1984.
 137. Prout A. *Families, Cultural Bias and Health Promotion: Implications of an Ethnographic Study*. London: Health Education Authority, 1996.
 138. Coveney J. A qualitative study of socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health: Implications for public health nutrition practice. *Public Health Nutr* (In press).
 139. Calnan M. Food and health: A comparison of beliefs and practices in middle-class and working-class households. In: Cunningham-Burley S, McKegney NP (Eds.), *Readings in Medical Sociology*. London, England: Tavistock/Routledge, 1990;9-36.
 140. Calnan M, Cant S. The social organization of food consumption: A comparison of middle class and working class households. *Int J Sociol Soc Policy* 1990;10(2):53-59.
 141. Stone D. *Policy Paradox and Political Reason*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company, 1988.
 142. Power EM. The unfreedom of being Other: Canadian lone mothers' experiences of poverty and 'life on the cheque'. *Sociology* (In press;39(4)).
 143. Nova Scotia Nutrition Council, Atlantic Health Promotion Research Centre. Participatory Food Security Projects, Phases I and II. Building Food Security in Nova Scotia: Using a Participatory Process to Collect the Evidence and Enhance the Capacity of Community Groups to Influence Policy. Halifax, NS: Authors, 2004.
 144. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997;18:341-78.
 145. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004;79:6-16.
 146. French S, Story M, Jeffrey R. Environmental influences on eating and physical activity. *Annu Rev Public Health* 2001;22:309-35.
 147. Nestle M. *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health. California Studies in Food and Culture*. Berkeley, CA: University of California Press, 2002.
 148. Travers KD, Cogdon A, McDonald W, Wright C, Anderson B, MacLean DR. Availability and cost of heart healthy dietary changes in Nova Scotia. *J Can Diet Assoc* 1997;58(4):176-83.
 149. French SA, Jeffrey RW, Story M, Hannan P, Snyder MP. A pricing strategy to promote low-fat snack choices through vending machines. *Am J Public Health* 1997;87:849-51.
 150. French SA, Story M, Jeffrey RW, Snyder P, Eisenberg M, Sidebottom A, et al. Pricing strategy to promote fruit and vegetable purchase in high school cafeterias. *J Am Diet Assoc* 1997;97(9):1008-10.
 151. Hannan P, French SA, Story M, Fulkerson JA. A pricing strategy to promote sales of lower fat foods in high school cafeterias: Acceptability and sensitivity analysis. *Am J Health Promot* 2002;17(1):1-6.
 152. Jeffrey RW, French SA, Raether C, Baxter JE. An environmental intervention to increase fruit and salad purchases in a cafeteria. *Prev Med* 1994;23:788-92.

La santé mentale et les comportements alimentaires

Une relation bidirectionnelle

Janet Polivy, Ph.D.

C. Peter Herman, Ph.D.

RÉSUMÉ

Contexte : Les fluctuations observées au niveau de la santé mentale peuvent aussi bien contribuer à la saine alimentation qu'aller à l'encontre de celle-ci. On observe en effet une relation bidirectionnelle entre l'alimentation et la santé mentale. Ainsi, l'humeur ou l'état psychologique peuvent influencer ce qu'on mange, de même que les quantités consommées, tandis que l'alimentation influence également l'humeur et le bien-être psychologique. Par conséquent, dans une optique de promotion de la saine alimentation et d'élaboration de stratégies en ce sens, il est important de bien comprendre les diverses connexions entre la santé mentale et la saine alimentation.

Méthodologie : De façon à mieux comprendre le sujet en titre, nous avons examiné, d'une part, les études portant sur les différentes réactions individuelles face à l'alimentation ainsi que les influences de l'humeur, de divers facteurs émotionnels, sociaux et collectifs sur le choix des aliments et les quantités consommées, dans le but de vérifier comment la santé mentale influence l'alimentation, plus particulièrement chez les adolescents et les adultes. D'autre part, nous avons examiné les études portant sur la relation entre l'alimentation et la santé mentale, c.-à-d. sur la façon de se sentir dans sa peau (bien ou mal) suite à l'ingestion de certains aliments ou de quantités spécifiques d'aliments.

Conclusions : Aussi bien le fait de trop manger que de ne pas manger suffisamment entraîne des effets complexes, ces deux comportements pouvant procurer un meilleur sentiment de bien-être ou, au contraire, engendrer de la culpabilité ou un sentiment de manque, de dépression ou d'anxiété. Nous avons tenté d'identifier à la fois l'état actuel des connaissances et les lacunes à combler à cet égard par rapport à ces deux types de comportements opposés.

Mots clés : santé mentale; comportement alimentaire; alimentation excessive (suralimentation); humeur; alimentation insuffisante (sous-alimentation)

Quel est l'intérêt de connaître la relation entre le comportement alimentaire et la santé mentale? Les fluctuations observées au niveau de la santé mentale peuvent aussi bien contribuer à la saine alimentation qu'aller à l'encontre de celle-ci. Ainsi, certains problèmes de santé mentale, tels que la dépression, la tristesse ou l'anxiété, peuvent pousser les gens à consommer des types ou des quantités d'aliments dommageables à la santé^{1,2}. Par ailleurs, le comportement alimentaire influence également la santé mentale. Lorsqu'on mange trop, on peut sentir mal à l'aise, autant sur le plan social (parce qu'on ne veut pas avoir l'air de s'empiffrer aux yeux des autres), qu'individuel. Même quand on mange seul, on n'aime pas sentir qu'on mange « trop » ou « plus que la normale ». Le fait de se mettre au régime dans le but de perdre du poids peut engendrer de la culpabilité ou de l'angoisse³. De telles émotions négatives peuvent à leur tour pousser un individu à trop manger pour se sentir mieux. Certains aliments peuvent avoir un effet réconfortant ou atténuer les humeurs négatives⁴. Par contre, lorsqu'on ne mange pas suffisamment, on peut éprouver un sentiment d'irritabilité, de fatigue ou de privation, surtout en présence d'autres personnes qui mangent davantage et semblent vraiment savourer leurs aliments. Cela peut être dû, en partie, à une réaction physiologique à la faim, mais aussi au ressentiment psychologique engendré par l'impression d'être privé par rapport à d'autres. Un tel ressentiment peut aussi résulter d'un régime qu'on s'impose soi-même ou du fait de vivre dans une société où la plupart des gens peuvent se procurer des quantités abondantes d'aliments tandis que certaines personnes en manquent. On peut donc affirmer qu'il existe une relation bidirectionnelle entre l'alimentation et la santé mentale : l'humeur et l'état psychologique peuvent influencer ce qu'on mange, ainsi que les quantités consommées, tandis que l'alimentation influence également l'humeur et le bien-être psychologique.

Les actions réciproques de l'alimentation et de la santé mentale peuvent renforcer à la fois les bonnes et les mauvaises habitudes alimentaires. Ainsi, le fait de manger sainement peut aider certaines personnes à se sentir mieux dans leur peau, tandis que le fait de « mal manger » peut en aider d'autres à se sentir mieux sur le plan émo-

Department of Psychology, University of Toronto, Toronto, ON

Correspondance et autorisation de reproduction : Janet Polivy, Department of Psychology, University of Toronto at Mississauga, Mississauga, ON L5L 1C6, Tél. : 905-828-3959, Téléc. : 905-569-4326, Courriel : jpolivy@utm.utoronto.ca

tionnel. Dans une optique de promotion de la saine alimentation et d'élaboration de stratégies en ce sens, il est important de bien comprendre les relations entre la santé mentale et la saine alimentation. Il faut également accepter le fait que la saine alimentation puisse parfois aller à l'encontre de la santé mentale. En effet, il faudra peut-être en arriver à la conclusion qu'en de rares circonstances, le respect absolu d'une saine alimentation peut nuire considérablement au bien-être psychologique⁵.

Dans le cadre du présent article, le terme « saine alimentation » indique des habitudes et comportements alimentaires qui vont dans le sens d'une amélioration ou du maintien de la santé, aussi bien physique que psychologique. Le terme « santé mentale » est utilisé dans un contexte de population normale (par opposition à clinique). Nous nous intéresserons plus particulièrement aux facettes suivantes de la santé mentale : l'humeur, l'état mental, l'image de soi et le bien-être psychologique global. Cet article traite avant tout de l'influence de la santé psychologique ou mentale en tant que déterminant de la saine alimentation chez les adolescents et les adultes, ainsi que des effets d'une bonne et d'une mauvaise alimentation sur la santé mentale. Il importe de reconnaître que les problèmes de santé mentale peuvent davantage nuire à la saine alimentation que la favoriser. En outre, une personne qui a un excès de poids peut interpréter différemment le concept de saine alimentation par rapport à une autre qui a un poids normal ou insuffisant. Ainsi, lorsqu'une personne qui a un excès de poids réduit sa consommation énergétique au-dessous de ses besoins corporels, dans le but de perdre du poids, on peut considérer qu'elle s'engage sur la voie de la saine alimentation. Par contre, lorsqu'une personne ayant un poids normal ou insuffisant adopte le même comportement, on peut supposer qu'elle a de mauvaises habitudes alimentaires, surtout lorsqu'il s'agit d'une adolescente ou d'un adolescent. En effet, ceux-ci ont besoin d'une quantité supérieure d'énergie pour rester en santé étant donné que leur croissance n'est pas terminée. Nous tiendrons donc compte de ces distinctions importantes lors de l'examen des études portant sur l'influence de l'alimentation sur la santé mentale et de la santé mentale sur l'alimentation.

MÉTHODOLOGIE

Le présent article s'appuie sur la consultation de la documentation scientifique publiée au cours des 10 dernières années (1994-2004). Nous avons d'abord consulté les banques de données électroniques PsycINFO et MEDLINE à partir des termes suivants : *obesity, mental health, depression, self-esteem, overweight, food intake, restraint, restrained eating, meal size, carbohydrate, protein, fat, meal composition, diet, food, eating patterns, and eating habits*, puis examiné la pertinence de tous ces termes dans un contexte « de saine alimentation et santé mentale ». Nous avons ensuite effectué d'autres recherches à partir du terme *eat*, combiné à d'autres termes pertinents : *affect, emotion, anxiety, depression, stress, alcohol, intoxication, drink, social influence, social norms, matching, insecurity, self-awareness, feedback*. Finalement, nous avons consulté les listes de références des articles les plus pertinents en la matière afin de ne rien laisser de côté. Compte tenu de l'impossibilité d'examiner à fond toutes les études identifiées, nous n'avons retenu que les études dont les conclusions reposaient sur une méthodologie fiable. Ainsi, ces études devaient être représentatives, utiliser des groupes témoins, avoir été menées auprès d'échantillons de taille raisonnable et s'appuyer, autant que possible, sur des fondements théoriques ou vérifiés expérimentalement. De façon à ne pas nous éloigner de notre sujet, nous avons concentré notre réflexion sur les adolescents et les adultes.

Sommaire de la littérature

Quand on s'intéresse uniquement à ce que les gens mangent et aux quantités consommées, on risque de perdre de vue une question importante : *Pourquoi* les gens consomment-ils certains types d'aliments en certaines quantités? La saine alimentation, tout autant que la mauvaise alimentation, est influencée par divers facteurs d'ordre individuel ou collectif (sociaux et environnementaux). De façon à mieux promouvoir la saine alimentation, à la favoriser et à s'assurer que les gens en retirent le maximum d'avantages, à la fois sur le plan physique, mental et émotionnel, il importe de bien comprendre les nombreux facteurs en cause ainsi que leurs interactions complexes. Parmi les facteurs

psychologiques d'ordre individuel qui influencent l'alimentation, mentionnons certains traits de personnalité, tels que l'estime de soi, l'image corporelle, une tendance aux privations alimentaires (ou régimes répétitifs), de même que l'humeur et le centre d'attention.

L'estime de soi semble être étroitement reliée à l'alimentation, à la fois directement (des expériences ont démontré qu'une diminution de l'estime de soi entraînait une consommation excessive d'aliments)^{1,6} et indirectement, en raison de l'association observée entre l'estime de soi et l'insatisfaction ressentie à l'égard de son corps ou de son poids. Il en résulte une tendance à la boulimie ou à l'adoption de régimes dommageables à la santé⁷. Une image corporelle négative mène souvent à des restrictions alimentaires draconiennes suivies d'épisodes de consommation excessive d'aliments, ou même de boulimie, chez les adolescentes et les femmes adultes⁸. Heureusement, certains programmes visant à améliorer l'image corporelle se sont avérés efficaces. Ainsi, dans le but de prévenir l'apparition d'attitudes ou de comportements non souhaitables pour la santé, tout en faisant la promotion de la saine alimentation et du poids santé, on a expliqué à des adolescentes et adolescents comment résister aux pressions des médias qui les incitent à viser une silhouette irréaliste⁹⁻¹¹.

Le fait d'être constamment au régime (régimes continus et répétitifs souvent appelés « privations alimentaires » dans la littérature scientifique) peut refléter toute une gamme d'attitudes et de comportements reliés à des traits de personnalité qui influencent fortement l'alimentation. En effet, les privations alimentaires sont attribuables non seulement à des préoccupations relatives à l'alimentation, au poids et à l'apparence personnelle, mais aussi à divers attributs d'ordre cognitif et affectif dont une faible estime de soi et une image corporelle négative^{12,13}. La réussite d'un régime amaigrissant (qui semble plutôt rare compte tenu des tentatives répétées), entraîne une amélioration du fonctionnement psychosocial et de l'humeur¹⁴. Lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'orgies alimentaires ou de boulimie, les privations alimentaires entraînent généralement moins de pathologies et de troubles alimentaires¹⁵. Par contre, on observe une

corrélation entre les privations alimentaires ou les régimes continuels et répétitifs et l'apparition de certains problèmes chez les nombreuses personnes qui semblent incapables de perdre du poids en raison d'un comportement alimentaire irrationnel ou incontrôlé, surtout chez les femmes. Parmi ces problèmes, mentionnons une humeur et un fonctionnement psychologique négatifs, une consommation excessive d'aliments ou même une tendance à s'empiffrer dans de nombreuses situations, un gain de poids ou une incapacité de perdre du poids à long terme ainsi qu'une tendance à trop manger en cas de stress ou de contrariété quelconque^{3,5,16-18}.

Des facteurs plus éphémères tels que l'humeur ou le centre d'attention influencent également l'alimentation. Ainsi, diverses célébrations encouragent souvent une consommation excessive d'aliments, c.-à-d. un comportement dommageable à la santé lorsqu'il se répète trop souvent. Le stress et les émotions négatives peuvent aussi avoir un effet négatif sur les types d'aliments consommés, soit en coupant l'appétit lorsqu'on a de la peine ou qu'on se sent seul, ou, au contraire, en augmentant non seulement la quantité d'aliments consommés, mais aussi la consommation d'aliments dommageables à la santé ou d'aliments « réconfortants »²⁴. Les personnes qui s'imposent volontairement des privations alimentaires succombent souvent à la boulimie en présence d'émotions négatives¹. Il semble que de telles émotions encouragent l'ingestion d'aliments à forte teneur en lipides ou en sucre (ou les deux).^{1,4} Il arrive aussi qu'une personne perde de vue son objectif de rester en santé à long terme en faveur du plaisir immédiat que procure la consommation d'aliments considérés savoureux tout en étant dommageables à la santé¹⁹. Le fait de prendre conscience de ce qu'on mange, ou de surveiller ce qu'on mange, peut tout aussi bien empêcher une consommation excessive d'aliments et améliorer l'alimentation (p. ex., en réduisant l'apport en lipides ou en augmentant l'apport en fibres), qu'engendrer des perceptions à l'effet que les aliments « réduits en lipides » ont moins bon goût²⁰⁻²².

Il est évident que les indices provenant de l'environnement physique influencent énormément l'alimentation des gens. Ainsi, on a constaté que l'accroissement des por-

tions et les stratégies de marketing entourant la promotion d'aliments à forte teneur en lipides ou en sucre contribuaient à la prévalence croissante de l'excès de poids et de l'obésité observée en Amérique du Nord²³. Ces deux facteurs influencent également le choix des aliments et les quantités consommées. On a constaté que les gens qui mangent devant la télévision ou au cinéma consomment parfois de plus grandes quantités d'aliments et qu'ils n'ont pas tendance à choisir des aliments à faible valeur énergétique ou à faible teneur en lipides dans de tels cas²⁴. Ce qui plus est, bien que les gens reconnaissent l'influence de certains facteurs environnementaux chez d'autres personnes, ils ne la reconnaissent pas chez eux, même en présence d'effets importants²⁵. De façon à réduire le rôle néfaste de l'environnement sur l'adoption d'une saine alimentation, il faudra a) explorer et expliquer systématiquement les facteurs en cause, b) sensibiliser les gens à l'influence de ces facteurs sur eux-mêmes et c) mettre en place un environnement social et physique favorable. L'influence de nombreux facteurs environnementaux est accentuée par le fait qu'ils agissent au niveau inconscient²⁵. Tout autant que les gens ne percevront pas clairement l'influence néfaste de certains facteurs collectifs, ces facteurs continueront à agir sournoisement en leur laissant croire que leurs apports alimentaires sont appropriés tandis qu'ils sont excessifs (pour ne pas nuire à leur tranquillité psychologique)²⁶.

Le fait de manger en présence d'autres personnes représente également un facteur collectif. Des études exhaustives ont révélé que la présence d'autres personnes influençait fortement la façon de s'alimenter puisqu'on peut alors perdre de vue l'importance de consommer des aliments sains ou des quantités raisonnables²⁶. Ainsi, on peut être influencé de trois manières distinctes sur le plan social : on suit l'exemple des autres (*modeling*), on mange plus en présence d'autres personnes (facilitation sociale) ou encore, on veut impressionner les autres d'une certaine façon. Les normes sociales semblent alors être modifiées. Afin de décider quelles quantités d'aliments ils peuvent manger sans être mal jugés socialement, les gens se servent habituellement d'indices sociaux²⁶. La famille peut être vue comme un déterminant social particulièrement important, étant donné qu'elle influ-

ence fortement la sélection des aliments et les habitudes alimentaires. Ainsi, des études ont démontré qu'on pouvait amener les gens à réduire leur consommation de lipides en modifiant en conséquence l'alimentation des autres membres de la famille²⁷. La famille contribue également à l'apparition de comportements alimentaires déviants ou de troubles alimentaires²⁸, à la consommation de plus grandes quantités d'aliments chez les enfants souffrant d'un excès de poids²⁹, ainsi qu'à la consommation de certaines quantités de fruits et de légumes³⁰.

La quantité d'aliments consommée peut tout aussi bien aider une personne à se sentir bien que mal dans sa peau. Ainsi, une personne peut se sentir bien après avoir consommé une plus petite portion d'un aliment moins bon pour la santé, ou se sentir mal après en avoir consommé une trop grosse portion^{4,31}. Dans le même ordre d'idées, les choix alimentaires eux-mêmes peuvent avoir divers effets (p. ex., une personne peut se sentir mieux après avoir consommé des aliments plus sains ou évité de consommer des aliments moins bons pour la santé, ou après avoir consommé un aliment « réconfortant » dans le but de soulager sa détresse)⁴. Le fait de s'imposer des privations alimentaires, qu'on appelle communément « se mettre au régime », pousse à trop manger, même chez les animaux³². Ainsi, on observe souvent de la boulimie chez les personnes qui ont traversé des périodes de demi jeûne en raison de la guerre ou d'une famine, ou encore après avoir participé volontairement à certaines expériences³³. Parmi les comportements résultant d'une exposition plus ou moins prononcée à la famine, mentionnons le fait de préparer des mélanges bizarres d'ingrédients, de falsifier des aliments, ou de consommer des aliments inappropriés, souillés ou jetés à la poubelle. Ces personnes manifestent aussi des comportements ultra secrets; elles semblent continuellement insatisfaites ou sur la défensive³³. Même le fait de se mettre normalement au régime peut entraîner un sentiment de dépression ou d'anxiété pouvant aller de moyen à grave^{34,35} ou, au contraire, une grande joie lorsque le régime s'avère efficace et qu'on perd l'excès de poids perçu³¹. On observe également une corrélation entre la saine alimentation et une humeur positive, bien qu'on ne sache pas exactement ce qui vient

en premier³⁶. Ainsi, on a constaté que le fait de déjeuner améliorerait l'humeur³⁷. Les gens ont souvent recours à la nourriture en vue d'améliorer leur état émotionnel.³⁸ Ils souhaitent parfois influencer les perceptions des autres à leur égard en mangeant d'une certaine façon. Par ailleurs, l'observation d'autres personnes en train de manger peut influencer à la fois l'humeur et l'image de soi chez les personnes qui ont un comportement non conforme à celui du groupe³⁶.

LES LACUNES OBSERVÉES AU NIVEAU DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Pourquoi certaines émotions négatives ou de détresse poussent-elles certaines personnes à trop manger (particulièrement des aliments dommageables à la santé), tandis qu'elles en poussent d'autres à ne pas s'alimenter suffisamment? On sait que la détresse fait augmenter la consommation d'aliments et de collations à teneur élevée en sucre ou en lipides, de même que celle d'aliments « réconfortants » qui sont dommageables à la santé (le plus souvent des aliments sucrés, salés ou gras, tels que des pommes de terre en purée, des gâteaux riches ou du chocolat sous toutes ses formes). On ne comprend pas vraiment la relation entre la mauvaise alimentation et la détresse psychologique, ni si cette relation s'applique à tous les types d'émotions négatives. Par contre, une dépression grave ou une forte anxiété réduisent les apports alimentaires au minimum chez certaines personnes, leur faisant ainsi courir un risque d'insuffisance énergétique. Il faudra s'efforcer de mieux comprendre les différentes influences des émotions et du stress sur l'alimentation en fonction des personnes et des moments. En effet, pour qu'on puisse continuer à manger sainement en présence d'émotions négatives, la saine alimentation doit être intégrée au mode de vie à long terme plutôt que d'être vue comme une mesure corrective à court terme.

Quels sont les facteurs responsables des dysfonctionnements alimentaires, particulièrement chez les jeunes femmes? Bien que la prévalence des troubles alimentaires soit probablement inférieure à celle de l'obésité, on observe des variantes sous cliniques de ces troubles chez de nombreuses jeunes femmes. Les problèmes de

santé mentale qui sont à l'origine des troubles alimentaires représentent donc un risque sérieux pour la santé de la population. Est-ce que le fait de s'intéresser à la saine alimentation et au poids contribue à la prévention d'une mauvaise alimentation et des troubles alimentaires ou plutôt à une exacerbation de ces problèmes? Bien qu'on ait identifié une relation entre certains facteurs tels qu'une image corporelle négative, une faible estime de soi et des régimes répétitifs, d'une part, et l'apparition de troubles alimentaires, d'autre part, on ne sait pas encore comment tout cela fonctionne, ni si d'autres facteurs sont en cause.

Quels sont les impacts d'une faible estime de soi et d'une mauvaise image corporelle sur la sélection des aliments et le comportement alimentaire? Tandis qu'une meilleure estime de soi est associée à une saine alimentation, une faible estime de soi est plutôt associée à une consommation exagérée d'aliments et à une perte de contrôle par rapport à la nourriture. On semble observer la même chose dans le cas de l'image corporelle qui est d'ailleurs reliée à l'estime de soi. Chacun de ces deux facteurs exerce-t-il une influence indépendante sur l'alimentation ou agissent-ils plutôt conjointement? Compte tenu de la fréquence des problèmes observés au niveau de l'estime de soi et de l'image corporelle, ces facteurs contribuent-ils tout autant à l'obésité et à l'excès de poids qu'aux troubles alimentaires? On s'est davantage intéressé jusqu'à maintenant aux troubles alimentaires, sans tenir compte de l'influence potentielle d'une image de soi négative sur la consommation excessive d'aliments et donc sur le poids.

Jusqu'à quel point la personnalité, l'humeur et les facteurs collectifs interagissent-ils sur le plan alimentaire? Avant de passer à une plus grande échelle, il faudra s'assurer de bien comprendre ce qu'on sait déjà quant aux facteurs qui favorisent une saine alimentation et ceux qui nuisent plutôt à celle-ci. Bien que certaines études aient commencé à explorer comment la personnalité, l'humeur et les facteurs environnementaux interagissent, de nouvelles études plus systématiques s'imposent à cet égard, de façon à permettre l'élaboration de programmes adaptés en fonction de différentes personnes et de différents milieux.

On ne comprend toujours pas exactement ce qui détermine la saine alimenta-

tion, ni comment inciter les gens à adopter des comportements en ce sens. Toutefois, à partir de la documentation consultée, on peut supposer que les gens s'alimentent mieux lorsqu'ils se sentent bien dans leur peau que lorsqu'ils se sentent mal dans leur peau. Par ailleurs, le fait de bien manger peut aussi aider les gens à se sentir mieux dans leur peau, ce qui pourrait à son tour favoriser une saine alimentation. L'auto surveillance de l'alimentation, c.-à-d. l'observation de sa propre façon de s'alimenter, de même que la capacité d'entrevoir les répercussions à long terme de son alimentation, pourraient peut-être favoriser la saine alimentation. On continue à s'interroger sur les autres types de comportements qui pourraient favoriser une saine alimentation.

Comment le fait de suivre un régime amaigrissant et une perte de poids influencent-ils la santé mentale et l'alimentation? On retrouve de nombreuses contradictions dans l'abondante documentation traitant des effets d'une restriction de l'apport énergétique sur la santé mentale (et vice versa). De nouvelles études s'imposent dans le but de distinguer les effets attribuables à la restriction énergétique et à la perte de poids d'une part, des effets attribuables à la privation psychologique et au ressentiment d'autre part. Est-ce que ce sont les restrictions alimentaires elles-mêmes qui poussent une personne à consommer une quantité excessive d'aliments suite à une période de privations ou est-ce plutôt la privation psychologique à l'égard de certains aliments hautement désirables? De nouvelles études s'imposent également dans le but d'identifier les répercussions exactes (mentales et physiques) d'une perte de poids résultant d'un régime amaigrissant par rapport aux répercussions d'une perte de poids non intentionnelle.

Comment les portions servies influencent-elles le comportement alimentaire? Bien que certaines explications semblent généralement être acceptées, on ne retrouve aucune justification convaincante à leur égard, ni aucune confirmation des données empiriques. Ainsi, bien qu'on sache que la grosseur des portions influence considérablement l'apport alimentaire, le plus souvent de façon négative, on n'en comprend pas les répercussions exactes. Avant de pouvoir vérifier l'hypothèse à l'effet que la grosseur des portions contrôle l'apport

alimentaire en fixant la limite à ne pas dépasser, il faudra dissocier le concept de grosseur des portions des jugements entourant les portions raisonnables.

En conclusion, bien qu'on commence à mieux comprendre la relation bidirectionnelle entre la santé mentale et le comportement alimentaire, il faudra s'efforcer d'acquérir de nouvelles connaissances de façon à pouvoir mettre en pratique ce qu'on sait déjà, dans une optique de promotion conjointe de la saine alimentation et du bien-être psychologique.

RÉFÉRENCES

1. Heatherton TF, Herman CP, Polivy J. Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *J Pers Soc Psychol* 1991;60:138-43.
2. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: Why do dieters overeat? *Int J Eat Disord* 1999;26:153-64.
3. Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc* 1996;96:589-94.
4. Wansink B, Cheney MM, Chan N. Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiol Behav* 2003;79:739-47.
5. Polivy J, Herman CP. Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In: Fairburn D (Ed.), *Binge Eating*. London: Guilford Press, 1993;173-205.
6. McFarlane T, Polivy J, Herman CP. The effects of false feedback about weight on restrained and unrestrained eaters. *J Abnorm Psychol* 1998;107:312-18.
7. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003;41:509-28.
8. VandenBerg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coovert M. The Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance – A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res* 2002;53:1007-20.
9. Springer EA, Winzelberg AJ, Perkins R, Taylor CB. Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *Int J Eat Disord* 1999;26:13-20.
10. Stice E, Chase A, Stormer S, Appel A. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord* 2001;29:247-62.
11. Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *Int J Eat Disord* 2000;27:206-17.
12. Heatherton TF, Polivy J. Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In: Crowther JH, Hobfall SE, Stephens MAP, Tennenbaum DL (Eds.), *The Etiology of Bulimia: The Individual and Familial Context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers, 1992;133-55.
13. Pesa J. Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *J School Health* 1999;69:196-201.
14. Wilson GT. Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating. *Ann Intern Med* 1993;119:727-30.
15. Van Strien T. The concurrent validity of a classification of dieters with low versus high susceptibility toward failure of restraint. *Addict Behav* 1997;22:587-97.
16. Carels RA, Hoffman J, Collins A, Raber AC, Cacciapaglia H, O'Brien WH. Ecological momentary assessment of temptation and lapse in dieting. *Eat Behav* 2001;2:307-21.
17. Herman CP, Polivy J. Self-regulatory failure and eating. In: Baumeister RF, Vohs KD (Eds.), *Handbook of Self-regulation Research*. New York: Guilford Press, 2004;492-508.
18. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychol* 2002;21:131-38.
19. Herman CP, Polivy J. Dieting as an exercise in behavioral economics. In: Loewenstein G, Read D, Baumeister R (Eds.), *Time and Decision: Economic and Psychological Perspectives on Intertemporal Choice*. New York: Russell Sage Foundation, 2002;459-90.
20. Allen HN, Craighead LW. Appetite monitoring in the treatment of Binge Eating Disorder. *Behav Ther* 1999;30:253-72.
21. Schnoll R, Zimmerman BJ. Self-regulation training enhances dietary self-efficacy and dietary fiber consumption. *J Am Diet Assoc* 2001;101:1006-11.
22. Wansink B, Painter JM, van Ittersum K. Descriptive menu labels' effect on sales. *Cornell Hotel Restaurant Admin Q* 2001;42:68-72.
23. Young LR, Nestle M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *Am J Public Health* 2002;92:246-49.
24. Gore SA, Foster JA, DiLillo VG, Kirk K, West DS. Television viewing and snacking. *Eat Behav* 2003;4:399-405.
25. Wansink B. Environmental factors that unknowingly increase food consumption by consumers. *Annu Rev Nutr* (In press).
26. Herman CP, Roth DA, Polivy J. Effects of the presence of others on food intake: A normative interpretation. *Psychol Bull* 2003;129:873-86.
27. Shattuck AL, White E, Kristal AR. How women's adopted low-fat diets affect their husbands. *Am J Public Health* 1992;82:1244-50.
28. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002;53:187-213.
29. Laessle RG, Uhl H, Lindel B. Parental influences on eating behavior in obese and nonobese preadolescents. *Int J Eat Disord* 2001;30:447-53.
30. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: The importance of family meals. *J Adolesc Health* 2003;32:365-73.
31. Miller-Kovach K, Hermann M, Winick M. The psychological ramifications of weight management. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8:477-82.
32. Hagan MM, Moss DE. Persistence of binge-eating patterns after a history of restriction with intermittent bouts of refeeding on palatable food in rats: Implications for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997;22:411-20.
33. Hagan MM, Whitworth RH, Moss DE. Semistarvation-associated eating behaviors among college binge eaters: A preliminary description and assessment scale. *Behav Med* 1999;25:125-33.
34. Ross CE. Overweight and depression. *J Health Soc Behav* 1994;35:63-78.
35. Wadden TA, Stunkard AJ, Smoller JW. Dieting and depression: A methodological study. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:869-71.
36. Weidner G, Connor SL, Hollis JF, Connor WE. Improvements in hostility and depression in relation to dietary change and cholesterol lowering. *Ann Intern Med* 1992;117:820-23.
37. Benton D, Slater O, Donohoe RT. The influence of breakfast and a snack on psychological functioning. *Physiol Behav* 2001;74:559-71.
38. Soliah L, Walter JM, Erickson JS. Physical activity and affinity for food of high school and college students. *Am J Health Behav* 2000;24:444-57.