



Cadre de référence
en matière de
**sécurité
alimentaire**

Mise à jour 2008



Cadre de référence
en matière de
sécurité
alimentaire

Mise à jour 2008

*Santé
et Services sociaux*

Québec



Coordination et rédaction :

Martine Pageau, Direction générale de la santé publique, Service de promotion des saines habitudes de vie

Soutien à la rédaction (2007) :

Lise Bertrand, Direction de santé publique de Montréal

Caroline Marier, Direction de santé publique de la Montérégie

Céline Morrow, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Alexandre St-Denis, Direction de santé publique de Laval

Sous la direction de :

Lilianne Bertrand, Service de la promotion de saines habitudes de vie

Marie Rochette, Direction de la promotion de la santé et du bien-être

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-53821-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-53828-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

INTRODUCTION

Dans notre société d'abondance, la surconsommation côtoie, paradoxalement, l'insécurité alimentaire. Les individus en situation d'insécurité alimentaire ont à jongler avec l'inquiétude de ne pas avoir assez d'argent pour se nourrir, tandis que certains doivent avoir recours sur une base régulière à de l'aide alimentaire d'urgence. Les enjeux de société que soulève l'augmentation des problèmes de poids nécessitent une action collective, ciblant à la fois les individus et les environnements. En effet, les habitudes alimentaires de la population sont tributaires, en partie, du pouvoir d'achat des individus ainsi que de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments sains. Agir sur les déterminants de la sécurité alimentaire nécessite donc une intervention qui se situera autant à l'échelle des individus que dans la création d'environnements favorables. Au cours des dernières années, le Canada et d'autres pays ont entamé une réflexion sur le concept de sécurité alimentaire qui a intégré progressivement la préoccupation pour un système alimentaire durable.

Depuis 2002, les directions de santé publique soutiennent des projets d'actions concertées en matière de sécurité alimentaire. Une multitude d'initiatives sont mises en place, en vue principalement d'améliorer l'accès aux aliments sains pour les individus vivant en situation de pauvreté. De nombreux partenaires prennent part aux efforts de concertation : les organismes communautaires, les municipalités, les conférences régionales des élus, etc. Les nouvelles orientations adoptées par le MSSS en 2006 ont pour objet de promouvoir l'autonomie et la prise en charge des individus et des collectivités relativement à leur alimentation, tout en incluant un soutien aux situations alimentaires d'urgence.

Fort des expériences des années précédentes et du contexte actuel entourant la promotion de saines habitudes de vie et le développement des communautés, il nous faut prendre un certain recul et inscrire les actions en matière de sécurité alimentaire en complémentarité à d'autres initiatives de santé publique. Ainsi, le Cadre de référence des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) propose des actions environnementales pour une saine alimentation. L'approche « École en santé » permettrait également d'instaurer des actions en matière de sécurité alimentaire en milieu scolaire.

Le développement de la sécurité alimentaire passe donc nécessairement par le développement des communautés tout en contribuant à l'amélioration des habitudes alimentaires de la population. En ce sens, les actions en matière de sécurité alimentaire s'inscrivent à l'intérieur du Plan d'action gouvernemental en matière de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2004-2009) et du Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012).

Le présent cadre de référence veut camper les orientations du MSSS en matière de sécurité alimentaire et les mettre en relation avec d'autres domaines de santé publique, et ce, en tenant compte d'un contexte propice à son développement. Ce document comporte quatre chapitres. Le premier trace un portrait des éléments de contexte liés à l'histoire et aux conditions existantes pour positionner le développement de la sécurité alimentaire au Québec. Le deuxième chapitre décrit la problématique, l'ampleur du problème et ses déterminants. Le troisième fait état des actions efficaces et prometteuses à promouvoir. Enfin, le quatrième chapitre est consacré au soutien à l'action : il présente la manière dont s'articulera l'action en matière de sécurité alimentaire au cours des prochaines années. Les orientations du MSSS et ses paramètres de gestion ainsi que le partage des rôles et des responsabilités avec ses partenaires y sont décrits.

TABLE DES MATIÈRES

1. UNE MISE EN CONTEXTE.....	7
1.1 L'HISTORIQUE	7
1.1.1 Un investissement pour soutenir la sécurité alimentaire dans les communautés	7
1.1.2 Un budget récurrent pour la sécurité alimentaire	7
1.1.3 De nouvelles règles d'allocation budgétaire	8
1.1.4 Un soutien à la mission globale des organismes nationaux	8
1.1.5 Des ententes avec les organismes nationaux pour des projets particuliers	8
1.2 UN CONTEXTE FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE AU QUÉBEC	9
1.2.1 La réforme du réseau de la santé et des services sociaux.....	9
1.2.2 La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	10
1.2.3 Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et à l'exclusion sociale (2004-2009).....	10
1.2.4 Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008.....	11
1.2.5 Le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012), Investir pour l'avenir	12
2. LA PROBLÉMATIQUE.....	13
2.1 LA DÉFINITION DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	13
2.2 L'AMPLEUR DU PROBLÈME	15
2.2.1 Des prévalences plus élevées chez les communautés autochtones.....	16
2.3 LES DÉTERMINANTS DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	16
2.3.1 Les déterminants individuels	17
2.3.2 Les déterminants collectifs.....	17
2.3.2.1 L'environnement interpersonnel et social : la famille et la culture alimentaire	17
2.3.2.2 L'environnement physique : la disponibilité et l'accessibilité des aliments.....	18
2.3.2.3 L'environnement économique : le pouvoir d'achat et le coût des aliments	19
2.3.2.4 Les politiques publiques	19
2.4 LES EFFETS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	19
3. DES ACTIONS EFFICACES ET PROMETTEUSES.....	21
3.1 L'EFFICACITÉ DES ACTIONS AUPRÈS DES INDIVIDUS	21
3.2 LES ACTIONS SUR LE SYSTÈME ALIMENTAIRE	22
3.3 LA CONCERTATION	22
4. LE SOUTIEN À L'ACTION POUR ACCROÎTRE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	23
4.1 LE BUT ET LES OBJECTIFS.....	23
4.1.1 Premier objectif : Créer des conditions favorables	23
4.1.2 Deuxième objectif : Agir sur les déterminants.....	24
4.1.3 Troisième objectif : Répondre à des besoins alimentaires d'urgence.....	24
4.2 LES ORIENTATIONS	25
4.2.1 Première orientation.....	25
4.2.2 Deuxième orientation.....	25
4.2.3 Troisième orientation.....	26
4.3 LES PARAMÈTRES DE GESTION	28
4.4 LE SUIVI.....	28
4.5 UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE.....	29
4.5.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux	29
4.5.2 Les directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux	31
4.5.3 Les centres de santé et de services sociaux.....	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33

1. UNE MISE EN CONTEXTE

1.1 L'historique

1.1.1 Un investissement pour soutenir la sécurité alimentaire dans les communautés

À la suite d'une consultation tenue au cours de l'automne 2000, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) annonçait une stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté. En juin 2001, dans le contexte de cette stratégie, une somme non récurrente de 34,8 millions de dollars était consacrée à la sécurité alimentaire pour les trois actions suivantes :

- le soutien alimentaire aux élèves des écoles secondaires défavorisées (21 millions de dollars alloués au ministère de l'Éducation du Québec);
- le soutien au Club des petits déjeuners du Québec (3,8 millions de dollars);
- le soutien à la sécurité alimentaire des communautés (10 millions de dollars alloués au MSSS).

Le MSSS a alors confié la gestion du soutien à la sécurité alimentaire à la Direction générale de la santé publique (DGSP) en collaboration avec les directions régionales de santé publique, et un cadre de référence a été diffusé à ces dernières. Le programme de subvention avait pour objet de contribuer à l'accroissement de la sécurité alimentaire au Québec en favorisant l'implantation ou la consolidation de projets en matière de sécurité alimentaire dans l'optique du développement social et des communautés. On souhait également favoriser une mobilisation intersectorielle dans le domaine en matière de sécurité alimentaire par l'instauration ou la consolidation de mécanismes de concertation à l'échelle locale et régionale. L'enveloppe budgétaire de 10 millions de dollars allouée au MSSS a été répartie sur trois exercices financiers : 3,4 millions en 2002-2003; 3,3 millions en 2003-2004; et 3,3 millions en 2004-2005.

1.1.2 Un budget récurrent pour la sécurité alimentaire

Conscient des besoins toujours présents dans ce secteur, le MSSS décidait en 2005 de pérenniser les investissements en sécurité alimentaire. En mai 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait un budget annuel de 3,4 millions de dollars consacré à la sécurité alimentaire. Au niveau national, il s'avérait alors nécessaire de revoir les orientations à la lumière des expériences régionales des trois dernières années et d'un budget maintenant récurrent.

C'est ainsi qu'à l'automne 2005 s'est tenue une consultation sur les objectifs et les modalités de la répartition de ce budget. Des regroupements d'organismes nationaux ont été invités à y participer, soit le Regroupement des cuisines collectives du Québec (RCCQ), l'Association québécoise des banques alimentaires et des moissons (AQBAM), la Coalition des tables de regroupements des organismes communautaires (TROC) et la Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires bénévoles (TRPOCB). Les directions de santé publique des dix-huit agences régionales de la santé et des services sociaux ont également été sollicitées. Au total, trois regroupements d'organismes nationaux et treize directions de santé publique ont pris part à cette consultation. Afin d'assurer une continuité des actions entreprises, les directions régionales de santé publique ont poursuivi l'allocation budgétaire par projet en 2005-2006.

1.1.3 De nouvelles règles d'allocation budgétaire

Compte tenu des résultats de la consultation, le MSSS convenait en juin 2006 de l'importance d'assurer une continuité des actions entreprises dans toutes les régions du Québec et aussi de répondre à des besoins urgents d'aide alimentaire. Ainsi, une somme de 3,2 millions de dollars est maintenant à la disposition des agences régionales de la santé et des services sociaux. Elle a été répartie en respectant les proportions suivantes :

- 75 % pour des activités favorisant l'autonomie alimentaire, ce qui inclut des mécanismes de concertation;
- 25 % pour des activités de dépannage alimentaire.

1.1.4 Un soutien à la mission globale des organismes nationaux

Une somme de 20 000 \$ a été accordée au RCCQ pour soutenir sa mission globale avec une augmentation annuelle et la possibilité d'atteindre la somme de 30 000 \$ en 2009. Pour sa part, l'AQBAM s'est vu accorder la somme de 15 000 \$ pour sa mission globale avec une augmentation annuelle en vue de se situer à 25 000 \$ en 2009.

1.1.5 Des ententes avec les organismes nationaux pour des projets particuliers

Un soutien financier a été accordé à l'AQBAM par entente de service (2006-2009), pour le plan de sollicitation provinciale des dons de l'industrie alimentaire. Ce projet prévoit notamment la consolidation du partage provincial des denrées alimentaires.

L'entente conclue a une durée de trois ans (2006-2009) et comporte un soutien annuel accordé sur la réception d'un bilan et réparti de la façon suivante : 85 000 \$ pour la première année (2006-2007), 80 000 \$ pour la deuxième année (2007-2008) et 75 000 \$ pour la troisième année (2008-2009). Cette entente pourra être renouvelée subséquemment selon le projet présenté par l'organisme.

Une entente de service a également été conclue avec le RCCQ pour le soutien (réseautage, mise au point d'outils, formation) à ses organisations régionales. Cette entente a une durée de trois ans (2006-2009) et comporte soutien annuel accordé sur la réception d'un bilan et réparti de la façon suivante : 80 000 \$ pour la première année (2006-2007), 75 000 \$ pour la deuxième année (2007-2008) et 70 000 \$ pour la troisième année (2008-2009). Cette entente pourra être renouvelée subséquemment selon le projet soumis par l'organisme.

1.2 Un contexte favorable au développement de la sécurité alimentaire au Québec

Les travaux qui s'amorcent au niveau gouvernemental offrent des occasions de positionner la sécurité alimentaire tout en créant des liens avec des initiatives, des approches et des interventions de santé publique. Les paragraphes suivants brossent un tableau du contexte qui influera sur le développement de la sécurité alimentaire au cours des prochaines années.

1.2.1 La réforme du réseau de la santé et des services sociaux

En décembre 2003, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les agences se sont vu confier la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services¹. Dans la foulée de l'adoption de ces changements législatifs, la création de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, continus et mieux coordonnés. Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, se trouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local.

Depuis la création des réseaux locaux de services, les différents intervenants doivent partager une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, ils doivent ensemble rendre accessible un éventail de services qui soit le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale². Les CSSS sont ainsi appelés à favoriser la concertation locale et la complémentarité des actions en matière de sécurité alimentaire.

L'article 373 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise notamment les responsabilités du directeur de santé publique à l'égard de l'action intersectorielle :

Le directeur de santé publique est responsable dans sa région d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action³.

1.2.2 La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Les mesures de soutien à la sécurité alimentaire s'inscrivent dans la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (entrée en vigueur en 2002). L'article 9 de cette loi dispose en effet ceci :

Les actions liées au renforcement du filet de sécurité sociale et économique doivent notamment viser à favoriser, pour les personnes et les familles en situation de pauvreté, l'accès, en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à un coût raisonnable, de même qu'à une information simple et fiable qui leur permette de faire des choix éclairés⁴.

1.2.3 Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et à l'exclusion sociale (2004-2009)

Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, publié en 2004, comprend deux mesures relatives à la sécurité alimentaire. La mesure 1.2 consiste à poursuivre le soutien à la mise en œuvre de projets d'approvisionnement alimentaire dans les communautés locales et dans les milieux défavorisés. La mesure 1.21 a pour objet de poursuivre le soutien à la réalisation d'interventions ponctuelles d'aide alimentaire, notamment en faveur des enfants. À noter que le MESS effectue des travaux en vue de la préparation d'un plan d'action donnant suite au premier.

1.2.4 Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008

Plusieurs actions contribuant à la sécurité alimentaire s'inscrivent à l'intérieur du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)⁵. Celles qui sont relatives au soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire figurent dans le domaine « Habitudes de vie et maladies chroniques ». Les SIPPE et l'approche « École en santé » offrent également des possibilités d'accroître la sécurité alimentaire chez les jeunes et les familles.

La sécurité alimentaire fait partie de l'environnement de la famille et peut avoir un impact important sur le développement de l'enfant. Par ailleurs, le réseau social et le bien-être psychologique sont des facteurs qui influent sur la qualité des soins à donner à un jeune enfant. La sécurité alimentaire agit sur ces deux éléments.

Il est important de tenir compte des approches et des programmes existants afin de ne pas doubler inutilement les actions mais plutôt de les intégrer dans une approche complémentaire. À cet égard, les stratégies de développement social et de développement des communautés, exposées dans le PNSP, sont particulièrement pertinentes quant au présent cadre de référence pour ce qui est de l'accroissement de la sécurité alimentaire des communautés.

Cinq éléments sont au cœur de toutes les interventions axées sur le développement des communautés⁶ :

- la participation citoyenne;
- l'empowerment;
- la concertation et le partenariat;
- la réduction des inégalités;
- l'harmonisation et la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

1.2.5 Le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012), Investir pour l'avenir⁷

Le cadre conceptuel du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012) préconise des interventions qui ciblent les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions de vie qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie. La sécurité alimentaire s'y inscrit comme une des mesures prioritaires. « L'atteinte de l'objectif d'une saine alimentation pour tous est tributaire de plusieurs facteurs, dont le pouvoir d'achat des individus ainsi que la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains. La sécurité alimentaire de la population se traduit notamment par un accès à des aliments sains à coût raisonnable », souligne en effet le Plan d'action. On y propose d'évaluer le coût des aliments dans les différentes régions du Québec au moyen d'un outil analogue au « panier à provisions nutritif » du Dispensaire diététique de Montréal⁸.

Aussi, on y soulève l'importance de développer une agriculture de proximité ou encore de soutenir la distribution d'aliments sains sur l'ensemble du territoire québécois, et ce, à prix abordable. Le Plan d'action prévoit également l'élaboration d'une politique québécoise en matière de nutrition qui comprendra les enjeux liés au système agroalimentaire et ceux qui se rattachent à la sécurité alimentaire de la population.

2. LA PROBLÉMATIQUE

2.1 La définition de la sécurité alimentaire

Le droit à l'alimentation, reconnu depuis 1948 dans diverses chartes et déclarations universelles des droits, constitue le guide des actions réalisables au Québec au regard de la définition et appuyées par le présent cadre de référence. Par ailleurs, c'est en 1974, lors de la Conférence de Rome sur l'alimentation, que l'on affirme le droit de chacun à une alimentation convenable. En 1996, lors du Sommet mondial de l'alimentation organisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (OAA) (Food and Agriculture Organization or the United Nations (FAO)), on adopte la définition suivante de la sécurité alimentaire : « l'accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active⁹ ».

Au Québec, l'Union des consommateurs a conçu une charte sur les droits fondamentaux dans le secteur alimentaire. Celle-ci précise des droits individuels et collectifs à l'égard de l'alimentation¹⁰.

Individuellement, toute personne a droit :

- à une alimentation suffisante, équilibrée et de qualité, à un prix raisonnable;
- à l'information lui permettant de faire des choix éclairés;
- à un pouvoir d'achat lui permettant de se nourrir de manière appropriée.

Collectivement, les populations ont le droit de bénéficier de l'application concrète des principes de développement durable, de précaution et de respect de la biodiversité. De plus, cette charte précise que, en cas de catastrophe ou de force majeure, toute personne ou toute collectivité a droit à un soutien alimentaire d'urgence dans son milieu.

Au cours des dernières années, le Canada et d'autres pays ont entamé une réflexion sur le concept de sécurité alimentaire. Cette réflexion a progressivement intégré la préoccupation pour un système alimentaire qui évite le gaspillage, la mauvaise utilisation des sols, la production de masse et l'appauvrissement des petits producteurs. Le bureau européen de l'OMS en a d'ailleurs tenu compte dans la définition qu'il a adoptée en 2003¹¹. Le MSSS a choisi de retenir la définition de la sécurité alimentaire suivante, adaptée de celle de l'OMS.

Le concept de sécurité alimentaire signifie ce qui suit :

- 1. Chacun a, à tout moment, les moyens tant physiques qu'économiques d'accéder à une alimentation suffisante pour mener une vie active et saine.**
- 2. L'aptitude de chacun à acquérir des aliments est garantie.**
- 3. L'accès à une information simple, fiable et objective qui permet de faire des choix éclairés est assuré.**
- 4. Les aliments proprement dits sont satisfaisants sur le plan nutritionnel et acceptables sur le plan personnel et culturel.**
- 5. Les aliments sont obtenus d'une manière qui respecte la dignité humaine.**
- 6. La consommation et la production d'aliments reposent sur des valeurs sociales à la fois justes, équitables et morales.**
- 7. Les aliments sont produits et distribués d'une manière respectueuse d'un système agroalimentaire durable.**

Dans la foulée des Journées annuelles de santé publique tenues en 2004 et 2005, le Ministère adopte cette définition, qui est aussi retenue dans le présent cadre de référence. Y est cependant maintenu un élément de la définition de l'OMS formulée en 1996, élément qui demeure essentiel, soit : « L'accès à une information simple, fiable et objective qui permet de faire des choix éclairés est assuré » de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

Ainsi, la présente définition reconnaît l'importance que les aliments soient produits et distribués d'une manière respectueuse d'un système agroalimentaire durable. Cette notion suppose que « la production, la transformation, la distribution et la consommation d'aliments ne portent pas préjudice à l'environnement. C'est un système qui peut répondre aux besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs¹² ». C'est d'ailleurs ce que propose La loi sur le développement durable adoptée au Québec en 2006, dans laquelle il est mentionné ceci :

Le développement durable s'entend d'un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Le développement durable s'appuie sur une vision à long terme qui prend en compte le caractère indissociable des dimensions environnementale, sociale et économique des activités de développement¹³.

2.2 L'ampleur du problème

En 1999, pour des raisons économiques, un peu plus de 10 % des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans ne mangeaient pas suffisamment ou n'avaient pas une alimentation équilibrée¹⁴. En 2002, un enfant de 4 ans sur dix vivait dans un ménage où, en raison d'un manque d'argent, les membres avaient consommé les mêmes aliments plusieurs fois de suite, avaient mangé moins qu'ils le devraient ou n'avaient pas pu prendre des repas équilibrés. L'insécurité alimentaire touchait 34 % des enfants qui vivaient dans un ménage ayant un revenu inférieur à 30 000 \$¹⁵. Au Québec en 2003, 13,1 % de la population de 12 ans et plus (soit 831 900 personnes) vivait dans un ménage touché par l'insécurité alimentaire, celle-ci se traduisant par la peur de manquer de nourriture, le manque effectif de nourriture ou encore par une qualité et une variété de l'alimentation limitées en raison d'un manque d'argent¹⁶. La proportion de la population de 12 ans et plus ayant manqué de nourriture s'élevait à 6,5 % pour l'ensemble du Québec (413 000 personnes), soit 5,7 % des hommes et 7,3 % des femmes.

Depuis 2004, les données sur l'insécurité alimentaire sont issues de nouveaux indicateurs utilisés dans les enquêtes populationnelles américaines (Food Security Core Module) et intégrées maintenant dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les données obtenues depuis 2004 ne sont donc pas comparables à celles des enquêtes précédentes. Selon certains auteurs, ce nouvel indicateur documenterait un phénomène plus grave que l'insécurité alimentaire¹⁷.

Selon les analyses de Santé Canada issues de l'ESCC (cycle 2.2), au Québec, en 2004¹⁸:

- 8,6 % des ménages vivaient en situation d'insécurité alimentaire;
- 47,9 % des ménages prestataires de la sécurité du revenu vivaient en situation d'insécurité alimentaire;
- chez les ménages monoparentaux ayant une femme à leur tête, la prévalence d'insécurité alimentaire était de 18,9 %;
- 15,2 % des personnes vivant seules se trouvaient en situation d'insécurité alimentaire.

2.2.1 Des prévalences plus élevées chez les communautés autochtones

Une étude portant sur l'insécurité alimentaire chez les femmes des communautés de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James permet de constater que 20 % d'entre elles étaient anxieuses et inquiètes de ne pas pouvoir se procurer suffisamment d'aliments pour leurs enfants. Il faut dire que le coût des aliments dans cette région était de 1,2 à 2,4 fois plus élevé que dans la région de Montréal¹⁹. D'autres recherches ont démontré que les communautés autochtones isolées sont particulièrement à risque en matière d'insécurité alimentaire, en raison notamment de la précarité économique, du coût élevé des aliments et de la variété limitée d'aliments à leur disposition.

Les données de l'ESCC (cycle 2.1) pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James indiquent qu'un peu plus du quart (27 %) de la population aurait vécu de l'insécurité alimentaire en 2003²⁰. Dans les maisonnées de six personnes ou plus, la prévalence de l'insécurité alimentaire était de 31 %. Les adultes moins scolarisés risquent également plus souvent de se trouver dans cette situation. Dans les communautés nordiques, de nombreux obstacles freinent l'achat d'aliments périssables, comme les fruits et légumes frais, notamment leur coût élevé, une piètre qualité, une faible disponibilité et un manque de variété²¹.

Chez les Inuits, c'est près du quart (24 %) de la population adulte âgée de 18 à 74 ans qui a déclaré ne pas avoir eu suffisamment à manger au cours du mois précédant l'enquête de 2004. Cette situation n'était pas associée à l'âge, au sexe ou au niveau de scolarité, mais plutôt au revenu et au nombre de personnes dans le ménage notamment. De plus, l'insécurité alimentaire atteignait 32 % dans les communautés vivant dans la région de la Baie d'Hudson comparativement à 14 % chez celles de la région de la Baie d'Ungava²².

2.3 Les déterminants de la sécurité alimentaire

Un déterminant de la sécurité alimentaire est défini comme « tout ce qui l'influence, c'est-à-dire des facteurs de risque ou de protection que l'on peut associer statistiquement à l'insécurité alimentaire²³ ». Plus précisément, les déterminants peuvent être classés selon qu'ils font référence à l'individu ou à la collectivité.

2.3.1 Les déterminants individuels

Parmi les facteurs sociodémographiques qui influent sur la sécurité alimentaire, on note^{24, 25}:

- un faible revenu;
- un faible niveau de scolarité;
- la monoparentalité;
- l'appartenance à une communauté ethnique minoritaire;
- l'appartenance à un ménage de grande taille.

Ce sont les personnes à faible revenu, particulièrement celles qui vivent sous le seuil de la pauvreté, qui sont le plus à risque en matière d'insécurité alimentaire. Ni les connaissances en nutrition ni les habiletés culinaires ne semblent influencer significativement sur l'alimentation des ménages à faible revenu. Les personnes vivant dans la pauvreté seraient particulièrement créatives pour gérer leurs ressources²⁶. Par ailleurs, sur le plan des connaissances et des habiletés des ménages en matière de nutrition, de budget et de gestion des aliments, des observations indiquent notamment la perte du savoir culinaire et l'influence des médias sur les pratiques de consommation²⁷.

2.3.2 Les déterminants collectifs

Les déterminants collectifs englobent les éléments du contexte qui influent sur la sécurité alimentaire : l'environnement interpersonnel, physique, économique et social ainsi que les politiques publiques.

2.3.2.1 L'environnement interpersonnel et social : la famille et la culture alimentaire

Au sein d'une famille, l'insécurité alimentaire est vécue de façon très différente, les aliments n'étant pas distribués également entre les membres. Les mères font tout en leur possible pour protéger leurs enfants d'un manque de nourriture, bien que la qualité puisse laisser parfois à désirer²⁸.

Selon Raine (2005), l'environnement social fait que la population s'éloigne de plus en plus de l'origine des aliments. En effet, on achète les aliments dans des supermarchés et de moins en moins directement du producteur. Le contexte social ne favorise pas non plus la préparation des aliments, les consommateurs optant plutôt pour des aliments vite faits ou congelés²⁹.

2.3.2.2 L'environnement physique : la disponibilité et l'accessibilité des aliments

L'accès physique à des aliments sains constitue un facteur d'influence de plus en plus reconnu à l'égard des politiques de santé. Les études européennes, américaines, canadiennes et québécoises en mesurent divers aspects^{30,31,32,33}. Sur l'île de Montréal, une récente étude de la Direction de santé publique démontre que 40 % des personnes vivant dans les secteurs les plus urbains (ouest de l'île exclu) n'ont pas accès à un approvisionnement approprié en fruits et légumes frais, à distance de marche³⁴. Cette observation est importante lorsqu'on reconnaît que le transport collectif se prête mal au marché hebdomadaire et que l'on préconise la réduction de l'utilisation de l'automobile dans les villes. Des problèmes de transport peuvent nuire à la capacité des personnes à faible revenu à avoir accès à des aliments sains³⁵. Une étude récente dans la région de Québec a permis de constater un accès inégal aux fruits et légumes frais. La disponibilité de ces produits était significativement associée au type de commerce alimentaire. De plus, les auteurs ont noté une distribution inégale des commerces alimentaires entre les milieux rural et urbain³⁶.

Dans certaines autres régions du Québec, des difficultés de transport limitent l'accès physique aux aliments pour une partie de la population, et ce, particulièrement pour les personnes à mobilité réduite^{37,38}. La situation de l'insécurité alimentaire en milieu rural et urbain est certainement vécue de façon très différente. Il serait essentiel de documenter les enjeux et les particularités de chacune des régions du Québec à l'égard de la sécurité alimentaire en vue de pouvoir mieux adapter les actions aux besoins spécifiques des milieux.

En milieu rural :

- il y a parfois absence totale d'une épicerie à proximité et de transport en commun;
- la variété de fruits et légumes frais est souvent limitée;
- le réseau social peut être plus difficile à établir lorsque les distances à parcourir sont grandes. Les infrastructures sont parfois moins développées.

2.3.2.3 L'environnement économique : le pouvoir d'achat et le coût des aliments

En ce qui a trait à l'accès économique aux aliments sains, une étude a permis d'établir le coût du panier à provisions nutritif sur plusieurs territoires de l'île de Montréal³⁹. À Montréal, en janvier 2007, il en coûtait 6,11 \$ par personne par jour, pour bien se nourrir, soit 733,00 \$ par mois pour une famille type de quatre personnes. Selon le «budget de confort minimum» établi par le Dispensaire diététique de Montréal, le panier d'alimentation correspond à 32 % du revenu des familles prestataires de l'aide sociale. Le coût du logement et les autres dépenses non compressibles ne laissent que 21 % du revenu pour l'alimentation, et ce, à partir d'efforts et d'habiletés budgétaires très élevés.

Au Québec, en 2000, 19,1 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu, soit 1 345 490 personnes⁴⁰. Malgré un coût de l'alimentation qui apparaît raisonnable, par comparaison avec d'autres pays, le revenu des personnes pauvres, qu'elles occupent un emploi ou soient prestataires de la sécurité du revenu, leur permet difficilement d'avoir une alimentation en qualité et en quantité suffisantes.

2.3.2.4 Les politiques publiques

Les politiques liées au revenu et au logement ont un lien direct avec le risque d'insécurité alimentaire de par leur influence sur le pouvoir d'achat. Par ailleurs, les politiques agricoles et agroalimentaires influent notamment sur la disponibilité d'aliments nutritifs à prix abordable⁴¹. De plus, les plans d'aménagement des villes et des villages ainsi que les politiques de transport peuvent déterminer la disponibilité et l'accessibilité des aliments sains et nutritifs à proximité des citoyens.

2.4 Les effets sur la santé et le bien-être

Des études récentes démontrent les effets de l'insécurité alimentaire sur l'alimentation, la santé et le bien-être. L'insuffisance alimentaire (mesurée par l'indice de Radimer/Cornell) durant la petite enfance (de 1,5 à 4,5 ans) a été associée à l'embonpoint et à l'obésité chez les enfants de la cohorte de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)⁴². Une alimentation insuffisante chez les femmes enceintes peut contribuer à la naissance de bébés de petit poids. Des données canadiennes révèlent que les individus touchés par une insuffisance alimentaire courent plus de risques de souffrir de maladies cardiaques, de diabète et d'hypertension⁴³.

D'autres recherches ont montré que l'achat de fruits et de légumes est fortement lié au revenu familial. Ainsi, les ménages à faible revenu achètent sensiblement moins de fruits et de légumes et de produits laitiers⁴⁴. Enfin, l'insécurité alimentaire peut nuire à la gestion de certaines maladies chroniques qui nécessitent l'adoption d'un régime alimentaire particulier⁴⁵.

L'insécurité alimentaire est également associée à une alimentation de moins bonne qualité, notamment par une consommation réduite de produits laitiers, de légumes et de fruits et de viandes et substituts. Les adultes et les adolescents en situation d'insécurité alimentaire ont des apports nutritionnels inappropriés en vitamines A, B6 et B12, en folates, en magnésium, en phosphore et en zinc⁴⁶.

Les répercussions de l'insécurité alimentaire sur l'état nutritionnel peuvent être constatées par les liens entre la pauvreté et l'alimentation (sur le chapitre tant de la quantité que de la qualité) et notamment par des apports en calcium et en vitamine C plus faibles chez les personnes de revenus inférieurs que chez celles des autres niveaux⁴⁷. Une étude récente a mis en évidence l'association entre le coût des aliments, la densité énergétique des aliments consommés et l'obésité. Les aliments à forte densité énergétique seraient moins coûteux et donc plus accessibles pour les populations à faible revenu⁴⁸.

L'Enquête sociale et de santé 1998 montre le lien entre l'insécurité alimentaire et certaines caractéristiques de la santé physique et mentale. Ainsi, comparativement aux personnes en situation de sécurité alimentaire, les personnes souffrant d'insécurité alimentaire sont proportionnellement plus nombreuses⁴⁹ :

- à percevoir la qualité de leurs habitudes alimentaires comme étant moyenne ou mauvaise (33 % contre 14 %);
- à percevoir leur état de santé comme étant moyen ou mauvais (19 % contre 10 %);
- à atteindre un niveau élevé de détresse psychologique (33 % contre 19 %);
- à atteindre un niveau faible de soutien social (38,5 % contre 18 %).

3. DES ACTIONS EFFICACES ET PROMETTEUSES

La littérature est peu éclairante quant aux meilleures approches en matière de sécurité alimentaire : de fait, peu de résultats probants sont obtenus avec une action en particulier. Cela est compréhensible dans la mesure où la sécurité alimentaire renvoie à de nombreuses dimensions de l'alimentation. L'efficacité serait donc plutôt liée à la combinaison de plusieurs actions qui :

- mobilisent les individus et des collectivités;
- améliorent les milieux et les conditions de vie;
- influent sur l'approvisionnement alimentaire;
- exercent une influence sur les politiques sociales, économiques, agricoles et environnementales;
- confèrent aux individus des connaissances, des habiletés et des capacités d'autonomie.

3.1 L'efficacité des actions auprès des individus

Un des objectifs des actions auprès des individus est de permettre aux personnes d'acquérir une confiance en soi qui les stimule à être plus autonomes dans leur vie de tous les jours. Cet objectif n'a pu être vérifié à grande échelle. Cependant, des études montrent que les jardins collectifs sont un moyen efficace pour augmenter la consommation de fruits et légumes chez les participants. L'aménagement de jardins en milieu urbain a de plus des effets environnementaux non négligeables, outre que cela entraîne un sentiment de sécurité dans les quartiers⁵⁰. Des groupes communautaires, quant à eux, ont démontré que les clubs d'achat collectifs contribuaient grandement à l'estime de soi, à la solidarité sociale et aux échanges interculturels entre les participants⁵¹. Les bienfaits sociaux et pédagogiques associés aux cuisines collectives sont dus au principe même sur lequel reposent celles-ci, soit la participation. Les participants estiment que les mets préparés sont de qualité, acceptables sur le plan culturel et obtenus dans le respect de la dignité de la personne⁵². Dans une étude réalisée dans la région de Calgary, la proportion de personnes consommant quotidiennement au moins cinq fruits et légumes aurait augmenté de 29 % à 47 % grâce à leur participation aux cuisines collectives⁵³.

3.2 Les actions sur le système alimentaire

L'effet des supermarchés sur la qualité de l'offre alimentaire est matière à controverse. Néanmoins, les études de disponibilité dans les villes montrent des disparités importantes, que ce soit en Europe, aux États-Unis ou au Québec, plus précisément à Montréal⁵⁴. Ainsi, pour les résidents de plusieurs secteurs de Montréal, la voiture est nécessaire pour avoir accès à une abondance de fruits et légumes. De telles études révèlent l'importance d'agir sur les milieux de vie et sur les politiques; elles interpellent les urbanistes et les décideurs du secteur privé et appellent à l'aménagement de diverses formes d'approvisionnement alimentaire :

- l'implantation des services de livraison de fruits et légumes frais à coût abordable, tout en visant à resserrer les liens entre les citoyens (par exemple, le programme Bonne boîte, bonne bouffe);
- l'ouverture de petits marchés publics;
- la réalisation de projets d'agriculture soutenue par la communauté;
- l'établissement de magasins spécialisés associés à des producteurs locaux.

3.3 La concertation

La concertation se définit comme suit :

C'est un processus volontaire, plus ou moins formel et décisionnel, de mise en commun d'analyses et de solutions à des problèmes reconnus. Elle permet le rassemblement d'acteurs qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre, par exemple, des stratégies et des politiques économiques et sociales⁵⁵.

L'action intersectorielle en promotion de la santé est aussi une stratégie efficace reconnue⁵⁶. Bien entendu, les mécanismes de concertation peuvent varier d'une région à l'autre selon le contexte et les particularités propres à chacune.

Les études traitant de l'effet de la concertation sur le développement social abondent. L'une d'elles, qui consistait en l'évaluation de projets montérégiens en matière de sécurité alimentaire, montre que le travail en collaboration contribue à l'amélioration des pratiques en milieu communautaire⁵⁷. Une autre évaluation, réalisée dans la région de l'Outaouais, démontre que la mobilisation tient davantage aux partenaires de la concertation plutôt qu'à la mobilisation de la communauté elle-même⁵⁸. Par ailleurs, les actions issues de la concertation semblent privilégier davantage les initiatives ciblant les individus plutôt que celles qui sont destinées à l'amélioration des milieux ou des conditions de vie.

4. LE SOUTIEN À L'ACTION POUR ACCROÎTRE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Cette section est consacrée aux bases de la planification des actions que le MSSS proposera en matière de sécurité alimentaire dans l'ensemble des régions du Québec pour les quatre prochaines années.

4.1 Le but et les objectifs

Le but est de créer des conditions favorables à l'alimentation saine et accessible pour tous, de façon à accroître la sécurité alimentaire des communautés par l'entremise des investissements en santé publique dans ce secteur.

Trois objectifs à atteindre en matière de sécurité alimentaire sont retenus.

4.1.1 Premier objectif : Créer des conditions favorables

La sécurité alimentaire est multidimensionnelle, et les actions accomplies pour l'atteindre au Québec doivent également l'être. Ainsi, une stratégie intersectorielle de différents niveaux (national, régional ou local) doit être adoptée en mettant à contribution plusieurs acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux.

Le présent cadre de référence repose sur des bases précises en vue de l'accroissement de la sécurité alimentaire dans les collectivités locales et régionales⁵⁹ :

- l'évaluation des besoins et des interventions en soutien alimentaire;
- la concertation et la collaboration des intervenants;
- le soutien à des projets de développement durable;
- la sensibilisation et la conscientisation de la collectivité.

Au niveau national

Pour le MSSS, la sensibilisation, la concertation et la mobilisation de ses partenaires des autres ministères sont au cœur des démarches pour influencer sur les politiques publiques favorables à la sécurité alimentaire.

Au niveau régional

Les instances de concertation intersectorielle régionales et locales créées dans plusieurs régions sont des lieux privilégiés pour échanger sur la situation de la sécurité alimentaire dans la région même, mettre en évidence les besoins émergents, mobiliser la communauté et rechercher des partenariats.

L'ensemble des actions mises en œuvre doivent répondre aux besoins de la communauté, tout en étant complémentaires.

4.1.2 Deuxième objectif : Agir sur les déterminants

Les déterminants de la sécurité alimentaire recourent les déterminants de la santé et du bien-être (facteurs biologiques, déterminants socioéconomiques, environnements et produits sains, habitudes de vie et comportements, politiques et services publics). Les actions sur ces déterminants permettent d'obtenir des résultats si elles sont synergiques et maintenues à long terme, notamment en misant sur les aspects suivants :

- l'accès physique et économique à une quantité suffisante d'aliments sains;
- le maintien du pouvoir d'achat;
- l'accès à de l'information simple et fiable pour faire des choix éclairés;
- les connaissances et les habiletés personnelles;
- un système agroalimentaire durable.

4.1.3 Troisième objectif : Répondre à des besoins alimentaires d'urgence

Dans notre société d'abondance, des individus vivent en situation d'extrême pauvreté. S'alimenter devient source de stress quand le revenu est insuffisant pour acheter les aliments quotidiennement. Le dépannage alimentaire permet de pallier des besoins alimentaires urgents. Cependant, cela constitue une solution temporaire qui peut toutefois permettre de diriger les personnes vers d'autres ressources, notamment pour briser leur isolement.

4.2 Les orientations

En fonction des objectifs visés, les trois orientations présentées ci-après viennent préciser les bases de la planification des actions proposées en matière de sécurité alimentaire dans les régions du Québec.

4.2.1 Première orientation

En continuité avec les efforts déployés au cours des dernières années, les actions qui seront mises en œuvre doivent s'inscrire dans la stratégie de développement des communautés.

La coordination et la complémentarité des initiatives sont essentielles.

En ce sens, les initiatives mises en œuvre dans le domaine de la sécurité alimentaire doivent⁶⁰ :

- préconiser des stratégies qui tendent à renforcer la capacité des communautés;
- s'appuyer sur la participation citoyenne de l'ensemble de la communauté;
- susciter des partenariats à l'intérieur des lieux de concertation.

4.2.2 Deuxième orientation

Soixante-quinze pourcent de l'enveloppe budgétaire consacrée à la sécurité alimentaire doit permettre de financer des initiatives qui ont pour objet l'autonomie alimentaire, en ciblant les déterminants de la sécurité alimentaire.

L'*autonomie alimentaire* renvoie au contrôle exercé par les individus et les communautés sur leur alimentation. Elle comprend les actions favorables à l'accès pour toute une communauté à un approvisionnement alimentaire sain dans une perspective de développement durable.

Certaines initiatives permettent d'outiller les individus pour qu'ils soient en mesure de faire de meilleurs choix avec un petit budget et pour les amener à améliorer leurs habiletés, leurs connaissances et leur pouvoir d'achat, de même que l'accès physique à des aliments sains. Ces initiatives sont souvent considérées comme des solutions de rechange au dépannage alimentaire. Elles ont leur importance parmi un ensemble d'actions entreprises en vue d'accroître la sécurité alimentaire dans un milieu de vie.

Par ailleurs, des actions pour rendre le système alimentaire durable au sein des collectivités sont incontournables, car elles permettent d'influer sur les différents maillons du système aux niveaux régional et local. Ces actions en amont concernent l'approvisionnement alimentaire ainsi que la distribution et la transformation des aliments au sein d'une communauté.

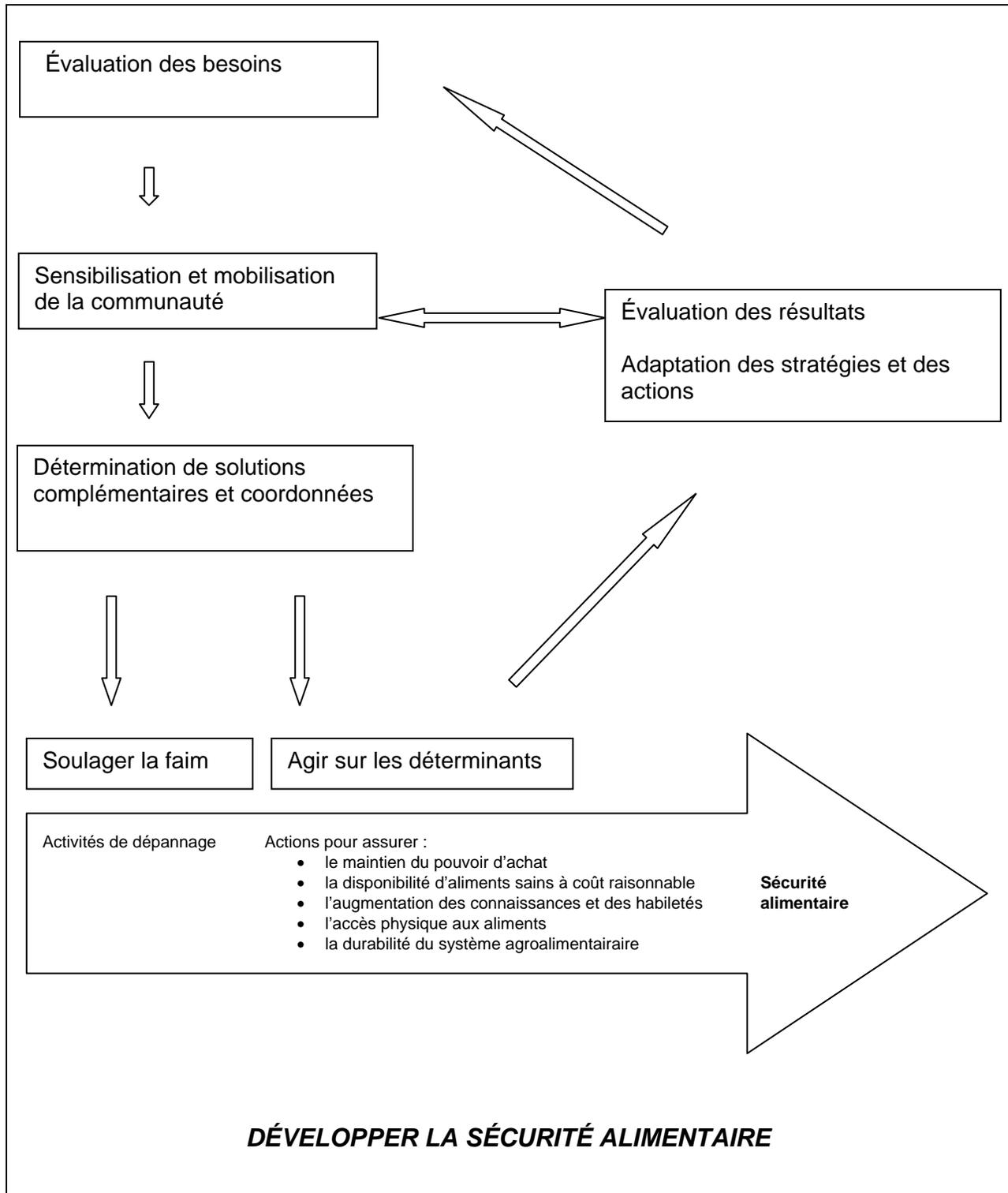
Les initiatives doivent donc porter sur les déterminants de la sécurité alimentaire, c'est-à-dire l'amélioration des milieux et des conditions de vie, plutôt que d'être uniquement centrées sur les individus. L'ensemble des initiatives devront être issues de mécanismes de concertation entre différents partenaires, dans le but de favoriser une mobilisation intersectorielle. Plusieurs acteurs sont interpellés par la sécurité alimentaire, notamment les organismes communautaires, les municipalités, des organisations du secteur privé, les commissions scolaires, les conférences régionales des élus (CRE), les directions régionales du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), du MESS et du ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR), sans oublier les CSSS : tous devront être mis à contribution à un moment ou à un autre.

4.2.3 Troisième orientation

Le financement des activités de dépannage alimentaire doit correspondre à 25 % de l'enveloppe budgétaire consacrée à la sécurité alimentaire.

Le dépannage, ou l'aide alimentaire, est un soutien alimentaire temporaire pour répondre aux besoins immédiats des personnes. Les activités qui y sont rattachées comprennent notamment le don d'aliments en provenance de banques alimentaires, de comptoirs alimentaires et de soupes populaires. Bien que ce type de soutien revête souvent un caractère urgent, il offre tout de même une occasion de joindre des personnes isolées, de les accompagner vers une plus grande autonomie, et il peut favoriser leur intégration sociale^{61,62}. Le dépannage alimentaire n'assure pas la sécurité alimentaire certes, mais il soulage la faim et répond à un besoin immédiat de nourriture.

ENSEMBLE D' ACTIONS
EN VUE DE L' ATTEINTE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE AU SEIN D' UNE COMMUNAUTÉ



La figure qui précède illustre le processus de développement de la sécurité alimentaire au sein d'une communauté. Les différentes étapes se produisent de façon dynamique et non linéaire, celles-ci étant en interaction. Le développement de la sécurité alimentaire nécessite donc une adaptation des actions aux besoins de la communauté, aux éléments de contexte qui changent, à l'efficacité des actions mises en place. Plusieurs actions non alimentaires (politiques municipales, d'aménagement urbain, de transport, de logement, etc.) influent également sur la sécurité alimentaire.

4.3 Les paramètres de gestion

Les mécanismes et les modes d'allocation budgétaire sont à définir au niveau régional et peuvent se traduire par un financement par entente de service ou par projet ponctuel. Cette réalité est la même au niveau national : c'est d'ailleurs ce que fait précisément le MSSS à l'heure actuelle avec l'AQBAM et le RCCQ. Une telle avenue permet d'assurer un suivi plus régulier des actions et de prévoir des adaptations et des innovations selon les besoins de la communauté. Les ententes de service ou les projets portant sur plus d'une année doivent être privilégiés.

Il est aussi possible, dans le cas des organismes dont la mission est étroitement liée à l'autonomie ou au dépannage alimentaire, de recevoir du financement pour leur mission globale par l'intermédiaire du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

4.4 Le suivi

L'exercice annuel de suivi et de reddition de comptes est tributaire du mode d'allocation budgétaire régional.

Pour le financement de la mission globale, un rapport d'activités et un rapport financier sont déposés chaque année par l'organisme à l'agence. Celle-ci transmet ensuite au MSSS une liste des organismes financés et le montant alloué, y compris la répartition entre le dépannage et l'autonomie alimentaire.

Pour le financement par projet ou par entente de service, les organismes financés transmettent annuellement à la direction de santé publique leur rapport de reddition de comptes. Chaque direction doit faire parvenir annuellement au MSSS :

- la liste des actions financées pour le dépannage et pour l'autonomie alimentaire;
- le budget accordé;
- la nature des activités mises en œuvre;
- la liste de ses partenaires;
- le mode de financement (projet ou entente de service) et le nombre d'années pour lesquelles du financement a été obtenu.

De son côté, le MSSS assurera, pour les organismes nationaux, le suivi des demandes de subvention qui lui auront été adressées conformément au PSOC. De plus, il effectuera le suivi des ententes de service avec l'AQBAM et le RCCQ.

4.5 Une responsabilité partagée

Les rôles et les responsabilités liés à l'accroissement de la sécurité alimentaire sont partagés entre les niveaux national, régional et local, bien que, dans l'esprit de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, la responsabilité populationnelle soit portée par le niveau local. L'Institut national de santé publique pourrait également contribuer aux travaux en matière de sécurité alimentaire, notamment en ce qui concerne la mise au point d'indicateurs de surveillance et l'avancement des connaissances sur les actions les plus prometteuses. Les rôles du MSSS, des directions de santé publique et des centres de santé et des CSSS sont énoncés ci-dessous.

4.5.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Définir les orientations :

- Réviser le cadre de référence au besoin, en l'harmonisant avec les exercices de révision et de mise à jour, notamment du Programme national de santé publique.

Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation :

- Coordonner le dossier au niveau national et les liens avec les dossiers et les thèmes connexes;
- Assurer un suivi auprès des régions quant aux actions mises en œuvre;
- Assurer le suivi des ententes convenues avec les organismes nationaux;
- Intégrer les analyses résultant des exercices régionaux de reddition de comptes et en informer les autorités ministérielles visées ainsi que la Table de concertation nationale en promotion et en prévention;
- Contribuer aux travaux ayant pour objet de définir des indicateurs complémentaires à ceux utilisés dans les enquêtes populationnelles, pour surveiller l'insécurité alimentaire au Québec. Ces travaux s'intègrent au Plan national de surveillance.

Favoriser les échanges entre les différentes régions :

- Assurer le réseautage entre les différentes régions et la formation des répondants régionaux du dossier;
- Organiser et animer les rencontres de répondants régionaux en sécurité alimentaire.

Assurer le transfert des connaissances :

- Influencer sur les pratiques en matière de sécurité alimentaire auprès des directions de santé publique, en s'appuyant sur celles qui sont les plus prometteuses;
- Soutenir le développement des connaissances sur les actions prometteuses.

Assurer la concertation :

- Favoriser la concertation des partenaires ministériels ayant un rôle à jouer à l'égard de la sécurité alimentaire;
- Partager ses propres orientations en matière de sécurité alimentaire avec les ministères visés afin de les sensibiliser à l'importance d'harmoniser les politiques publiques favorables à la sécurité alimentaire.

4.5.2 Les directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux

Assurer la coordination et le suivi :

- Coordonner le dossier au niveau régional;
- Définir les modalités d'application du programme et le processus de sélection des initiatives;
- Valider la sélection des initiatives présentées et en assurer le suivi;
- Procéder à l'allocation des fonds aux actions retenues;
- Transmettre au MSSS l'information nécessaire au suivi du dossier;
- Gérer la collecte de données nécessaires à l'exercice annuel de suivi et les transmettre au MSSS;
- Diffuser aux principaux partenaires les résultats relatifs à toutes les actions subventionnées.

Assurer la concertation :

- Faciliter l'instauration ou la consolidation d'un mécanisme de concertation; intersectorielle au niveau régional. Il peut s'agir d'un mécanisme de concertation existant (par exemple, la CRE);
- Soutenir le mécanisme de concertation au niveau régional;
- Mobiliser les acteurs régionaux.

Assurer le transfert des connaissances :

- Tenir à jour les données sur l'insécurité alimentaire à jour et les diffuser aux intervenants du niveau local et aux principaux partenaires de la région;
- Favoriser le partage et l'échange d'expertise au sein des territoires locaux;
- Documenter la situation et les enjeux liés à la sécurité alimentaire dans la région;
- Influencer sur l'implantation de pratiques prometteuses en vue d'atteindre la sécurité alimentaire des communautés.

4.5.3 Les centres de santé et de services sociaux

Assurer l'animation et la mobilisation du milieu :

- Favoriser la concertation et la mobilisation des acteurs locaux autour de la sécurité alimentaire;
- Participer aux processus de concertation locale pour déterminer les besoins de la communauté et les actions à mettre en œuvre;
- Suivre les actions financées et accompagner les organismes responsables.

Assurer la liaison avec la concertation régionale :

- Assurer la représentation de la concertation régionale.

Assurer le transfert des connaissances auprès de la population :

- Assurer l'accès à une information simple et fiable en matière de nutrition et d'alimentation.

CONCLUSION

L'insécurité alimentaire existe au Québec dans un contexte où règne l'abondance et où la prévalence des problèmes de santé associés aux habitudes de vie est en augmentation. Dans le présent cadre de référence, le MSSS a précisé les orientations qui guideront l'action en matière de sécurité alimentaire au cours des prochaines années. En investissant pour la sécurité alimentaire, le MSSS veut créer des conditions favorables à l'alimentation saine et accessible pour tous. Pour accroître la sécurité alimentaire de la population, il faut agir de multiples façons avec de multiples partenaires. Un seul type d'initiative ne constitue pas à elle seule une solution à un problème si complexe. Les solutions émergeront donc d'actions concertées, implantées à plusieurs niveaux et supposant la participation de nombreux partenaires.

Bien saisir les besoins constitue une étape incontournable pour mettre en évidence des solutions complémentaires adaptées à la réalité des différents milieux. Les directions de santé publique se doivent d'assumer un leadership, notamment dans la détermination des besoins et la recherche de solutions prometteuses avec des partenaires de différents secteurs. Les initiatives retenues doivent s'inscrire dans une approche de développement des communautés et de lutte contre la pauvreté tout en contribuant à la promotion de saines habitudes alimentaires. Des liens doivent également être établis entre les programmes et les approches qui existent en vue d'assurer la complémentarité des actions entreprises. Dans cette perspective, la recherche de solutions durables pour bâtir la sécurité alimentaire devra permettre une continuité des actions entreprises au cours des dernières années tout en ayant le souci d'y intégrer les solutions alimentaires d'urgence et celles qui sont conçues en vue d'un système agroalimentaire durable.

BIBLIOGRAPHIE

¹ QUÉBEC (2007), *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, mise à jour le 1^{er} juin, L.R.Q., Éditeur officiel du Québec, chapitre S-4.2.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Création des Centres de Santé et Services sociaux au cœur des 95 réseaux locaux de santé et services sociaux*. [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca] (Consulté le 20 mars 2007).

³ QUÉBEC (2007), *op. cit.*, chapitre S-4.2, article 373.

⁴ QUÉBEC (2007), *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, mise à jour le 1^{er} janvier, L.R.Q., Éditeur officiel du Québec, chapitre 2, article 9.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008), *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.

⁶ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2002), *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 50 p.

⁷ B. LACHANCE, M. PAGEAU et S. ROY (2006), *Investir pour l'avenir, Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Gouvernement du Québec, 50 p.

⁸ DISPENSAIRE DE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL (2006), *Étude sur le coût du panier à provisions nutritif dans divers quartiers de Montréal*, Montréal, Dispensaire de diététique de Montréal, 45 p.

⁹ FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (1996). « Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale et plan d'action du Sommet », *Archives de documents de la FAO*, [En ligne]. [www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.htm] (Consulté le 31 juillet 2008).

¹⁰ UNION DES CONSOMMATEURS (2005), *Charte des droits fondamentaux dans le secteur alimentaire*, [En ligne]. [www.foodsecurecanada.org/publications/GuideCharteFINAL24-01-06.pdf] (Consulté le 2 juillet 2007).

¹¹ Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe (2007), *Nutrition et sécurité alimentaire* [En ligne]. [www.euro.who.int/nutrition/security/sectop?language=French] (Consulté le 4 août 2008).

¹² AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2007), *État de la situation de la sécurité alimentaire à Laval 200*, 64 p., cité d'Équiterre (2007). *Système alimentaire et sécurité alimentaire : comprendre et agir*.

¹³ QUÉBEC (2006), *Loi sur le développement durable*, L.R.Q., Éditeur officiel du Québec, chapitre 1, article 2.

¹⁴ C. LAVALLÉE et S. SIMONA (2004), « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois : volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 35-60.

¹⁵ H. DESROSIERS et B. BÉDARD (2004), « Caractéristiques des enfants et de leur famille », dans *Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 47-63.

¹⁶ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006), *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 659 p.

¹⁷ K. RIDEOUT, B. SEED et A. OSTRY (2006), « Putting Food on the Public Health Table », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 3, p. 233-236.

¹⁸ ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 2.2, NUTRITION (2007), *Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. Tableaux de données supplémentaires*, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, p. 25.

¹⁹ N.D. WILLOWS et autres (2004), « Anxiety about Food Supply in Cree Women with Infants in Quebec », *International of Circumpolar Health*, vol. 64, n° 1, p. 55-64.

²⁰ B. NOLIN, C. BLANCHET et É. KUZMINA (2007), *Alimentation, activité physique et poids corporel. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Terres-Cries-de-la-Baie-James*

²¹ N.D. WILLOWS (2005), « Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada. État actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément 3, p. S36-S41.

²² C. BLANCHET et L. ROCHETTE (2008), Nutrition and Food Consumption among the Inuit of Nunavik. *Nunavik Health Survey 2004. Qanuippitaa ? How are we ?* Québec : Institut national de santé publique (INSPQ) & Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), p. 71.

²³ A. BÉDARD (2005), *Exploration du phénomène d'insécurité alimentaire chez des ménages à revenu moyen de la ville de Québec*, mémoire de maîtrise, Québec, Département des sciences des aliments et de nutrition, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval, 106 p.

²⁴ A.-M. HAMELIN, M. BEAUDRY et J.P. HABICHT (1998), « La vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire », *Revue canadienne d'études du développement*, vol. XIC (numéro spécial), p. 277-306.

²⁵ L. DUBOIS et autres (2000), « Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 149-198.

-
- ²⁶ E. POWER (2005), « Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément 3, p. S42-S48.
- ²⁷ K.D. RAINE (2005), « Les déterminants de la saine alimentation au Canada : aperçu et synthèse », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément 3, p. S8-S15.
- ²⁸ E. POWER (2005), *op. cit.*, p. S42-S48
- ²⁹ K.D. RAINE (2005), *op. cit.*, p. S8-S15.
- ³⁰ J. BEAUMONT et autres (1995), *Report from the Policy Sub-group to the Nutrition Task Force Low Income Project Team*, London, Department of Health.
- ³¹ S. CUMMINS et S. MACINTYRE (2002), « Food Deserts — Evidence and Assumption in Health Policy Making », *British Medical Journal*, vol. 325, p. 436-438.
- ³² Z. WEINBERG et M. EPSTEIN (1996), « No Place to Shop: Challenges and Opportunities Facing the Development of Supermarkets in Urban America », *Public Voice for Food and Health Policy*, Washington, 85 p.
- ³³ L.F. ALWITT et T.D. DONLEY (1997), « Retail Stores in Poor Urban Neighbourhoods », *J Consumer Affairs*, vol. 31, n° 1, p. 139-164.
- ³⁴ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2006), *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal. Une étude géomatique*, Montréal, 16 p.
- ³⁵ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2006), *État de la situation de la sécurité alimentaire à Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 64 p.
- ³⁶ N. POULIOT et A.-M. HAMELIN (mai 2007), *Approvisionnement en fruits et légumes frais dans la grande région de Québec : y a-t-il des inégalités ?* conférence présentée à l'occasion de l'Acfas (Trois-Rivières).
- ³⁷ DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2006), *Programme de subvention de projets en matière de sécurité alimentaire en Montérégie*, 19 p.
- ³⁸ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2006), *op. cit.*, 64 p.
- ³⁹ M.P. DUQUETTE, T. DEMERS et J. DEMERS (2006), *Étude sur le coût du panier à provisions nutritif dans divers quartiers de Montréal*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 45 p.
- ⁴⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006), *op. cit.*, p. 45.
- ⁴¹ K.D. RAINE (2005), *op. cit.* p. S-13.

-
- ⁴² L. DUBOIS et autres (2006), « Family Food Insufficiency is Related to Overweight Among Preschoolers », *Social Science and Medicine*, vol. 63, p. 1503-1516.
- ⁴³ N.T. VOZORIS et V. TARASUK (2003), « Household Food Insufficiency is Associated with Poorer Health », *The Journal of Nutrition*, vol. 133, n° 1, janvier, p. 120-126.
- ⁴⁴ L. RICCIUTO, V. TARASUK et A. YATCHEW (2006), « Socio-demographic Influences on Food Purchasing Among Canadian Households », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 60, p. 778-790.
- ⁴⁵ L. MCINTYRE et V. TARASUK (2002), *La sécurité alimentaire comme facteur déterminant de la santé*, rapport présenté à l'occasion de la Conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/aperçu_repercussions/08_aliments.html] (Consulté le 22 mars 2007).
- ⁴⁶ I. KIRDPATRICK et V. TARASUK (2008), « Food Insecurity is Associated with Nutrient Inadequacies among Canadian Adults and Adolescents », *The Journal of Nutrition Community and International Nutrition*, vol. 138, p. 604-612.
- ⁴⁷ L. DUBOIS et autres (2000), *op. cit.*, p. 149-198.
- ⁴⁸ A. DREWNOWSKI et N. DARMON (2005), « The Economics of Obesity : Dietary Energy Density and Energy Cost », *Am J Clin Nutr.*, vol. 82 (suppl.), p. 265S-273S.
- ⁴⁹ L. DUBOIS et autres (2000), *op. cit.*, p. 149-198.
- ⁵⁰ LES PARTENAIRES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE (2001), *Cultivons la ville. Des gestes plus grands que la panse*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal Centre, p. 1-8.
- ⁵¹ LES PARTENAIRES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE (1999), *Sortir de l'impasse : Comprendre et agir au-delà de la faim. Des gestes plus grands que la panse*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre, p. 1-8.
- ⁵² R. ENGLER-STRINGER et S. BERENBAUM (2005), « Collective Kitchens in Canada : A Review of the Literature », *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique*, vol. 66, n° 4, p. 246-251.
- ⁵³ T.J. FANO et autres (2004), « Evaluation of a Collective Kitchens Program Using the Population Health Model », *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique*, vol. 65, n° 2, p. 72-80.
- ⁵⁴ M.P. DUQUETTE, T. DEMERS et J. DEMERS (2006), *op. cit.*, 45 p.
- ⁵⁵ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2002), *op. cit.*, p. 26.
- ⁵⁶ S. JACKSON et autres (2007), « Integrated Health Promotion Strategies : A Contribution to Tackling Current and Future Health Challenges », *Health Promotion International*, vol. 21, n° S1, p. 75-83.

⁵⁷ J. BEAUDRY et C. MARIER (2005), *Rapport d'évaluation du Programme de subvention de projets en matière de sécurité alimentaire en Montérégie*, Direction de la santé publique de la Montérégie, 81 p.

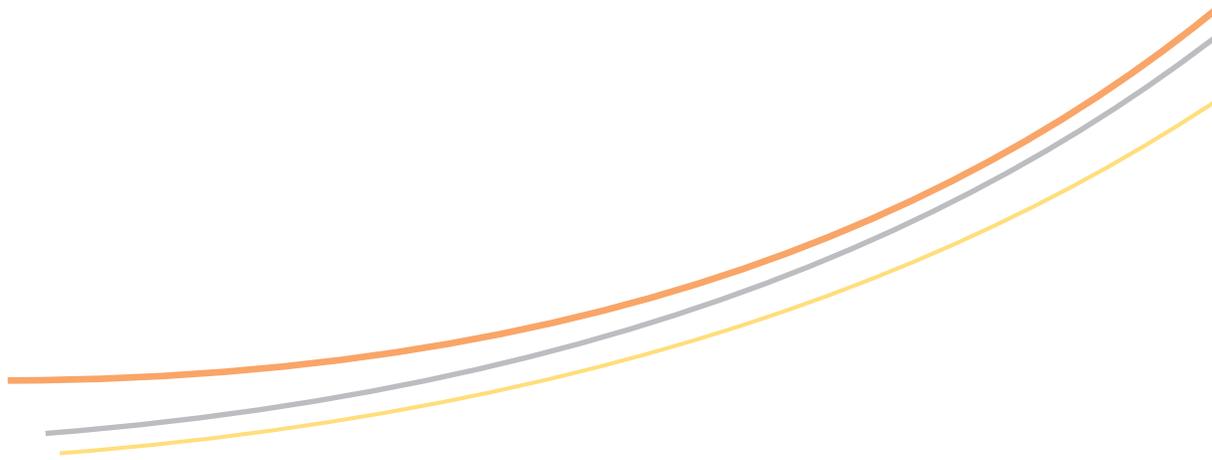
⁵⁸ G. D'AMOURS (2006), *Fonds de développement social et milieux en santé*, rapport d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, [En ligne]. [www.santepublique-outaouais.qc.ca] (consulté le 4 juillet 2007).

⁵⁹ H. JOSEPH (1998), *Community Food Security. A Guide to Concept, Design and Implementation*, Venice, The Community Food Security Coalition, 57 p.

⁶⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2002), *op. cit.* 50 p. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 50 p.

⁶¹ CENTRAIDE DU GRAND MONTRÉAL (2006), *Les orientations en matière de sécurité alimentaire*, [En ligne]. [www.centraide-mtl.org/centraide/static/aquoi/orientations] (Consulté le 6 juin 2006).

⁶² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002), *Cadre de référence. Programme de subvention de projets en matière de sécurité alimentaire*, Québec.



**Santé
et Services sociaux**

Québec 