

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

- 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.
- Comité directeur conjoint. *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*. Ottawa, ON, 1996.
- 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.
- Coburn D. Income inequality, social cohesion, and the health status of populations: The role of neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2000;51:135-46.
- Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism and health inequalities. *Soc Sci Med* 2004;58:41-56.
- Lynch J. Income inequality and health: Expanding the debate. *Soc Sci Med* 2000;51:1001-5.
- 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.
- Kirkpatrick S. Analysis of the 2000-01 CCHS Food Security Indicator Questions. Department of Nutritional Sciences, University of Toronto, unpublished.
- 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.
- Che J, Chen J. Food insecurity in Canadian households. *Health Rep* 2001;12(4):11-22.
- 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.
- Hamelin A-M, Habicht J-P, Beaudry M. Food insecurity: Consequences for the household and broader social implications. *J Nutr* 1999;129:525S-528S.
- Hamelin AM, Beaudry M, Habicht JP. Characterization of household food insecurity in Quebec: Food and feelings. *Soc Sci Med* 2002;54(1):119-32.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tarasuk V. Low income, welfare and nutritional vulnerability. *Can Med Assoc J* 2003;168(6):709-10.
- Tarasuk V, Beaton G. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *J Nutr* 1999;129:672-79.
- Tarasuk V, Beaton G. Household food insecurity and hunger among families using food banks. *Can J Public Health* 1999;90:109-13.
- Tarasuk V, Maclean H. The food problems of low-income single mothers: An ethnographic study. *Can Home Econ J* 1990;40(2):76-82.
- 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.
- Vozoris N, Tarasuk V. Household food insufficiency is associated with poorer health. *J Nutr* 2003;133(1):20-26.
- Dachner N, Tarasuk V. Homeless "squeegee kids": Food insecurity and daily survival. *Soc Sci Med* 2002;54:1039-49.
- Antoniades M, Tarasuk V. A survey of food problems experienced by Toronto street youth. *Can J Public Health* 1998;89(6):371-75.
- 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.
- Rainville B, Brink S. *Food Insecurity in Canada, 1998-1999*. Ottawa, ON: Human Resources Development Canada, Applied Research Branch of Strategic Policy, 2001.
- 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.
- Travers KD. The social organization of nutritional inequities. *Soc Sci Med* 1996;43(4):543-53.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Galobardes B, Morabia A, Bernstein M. Diet and socioeconomic position: Does the use of different indicators matter? *Int J Epidemiol* 2001;30:334-40.
- Groth MV, Fagt S, Brøndsted L. Social determinants of dietary habits in Denmark. *Eur J Clin Nutr* 2001;55:959-66.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.