Public | Santé Health | publique Ontario | Ontario

RÉSUMÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE AMÉLIORÉ

L'insécurité alimentaire chez les enfants d'après les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes

4^e édition : mars 2024

Faits saillants

- Selon l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ), 15,3 % des enfants ontariens âgés de 1 à 17 ans vivaient dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire en 2019. Parmi ceux-ci, 5,1 %, 7,3 % et 2,9 % étaient en situation d'insécurité alimentaire marginale, modérée et grave, respectivement. La prévalence des enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire n'était pas significativement différente selon le sexe ou le groupe d'âge (1 à 4 ans, 5 à 11 ans ou 12 à 17 ans).
- On a constaté une prévalence plus élevée de ménages en situation d'insécurité alimentaire chez les enfants vivant dans des ménages dont le revenu est moins élevé, dont le niveau de scolarité des parents est moins élevé, qui s'identifiaient comme faisant partie d'un de plusieurs groupes racialisés ou autochtones, et qui sont nés à l'extérieur du Canada. Comme le confirment les résultats de l'ECSEJ, l'insécurité alimentaire est connue comme étant une mesure sensible de la privation matérielle et comme étant étroitement liée à d'autres indicateurs de désavantage social et économique.¹ Le racisme et le colonialisme systémiques, historiques et continus, sont des facteurs clés qui ont un impact sur les taux plus élevés d'insécurité alimentaire des ménages pour les enfants racialisés et autochtones et leurs familles.
- On a observé des différences statistiquement significatives dans la prévalence des enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire selon le groupe homologue de Statistique Canada, qui regroupe les bureaux de santé publique en fonction de leur situation géographique (p. ex., la densité de la population) et les caractéristiques sociodémographiques (p. ex., proportion de la population se déclarant racialisée). La prévalence la plus élevée de l'insécurité alimentaire marginale et modérée des ménages a été observée dans les grands centres urbains (groupes homologues G et H). La prévalence la plus élevée d'insécurité alimentaire grave des ménages a été observée dans les communautés rurales ou rurales-urbaines diversifiées (groupe homologue C).

Présentation

Ce rapport fait partie d'une série de résumés sur les indicateurs de santé de l'enfant dérivés de l'ECSEJ. L'objectif de cette série est de fournir des catégories clairement définies pour l'utilisation des variables sociodémographiques dans les analyses des données de l'ECSEJ afin d'assurer la cohérence du langage et de l'interprétation des résultats entre les bureaux de santé publique. Des estimations de base sont fournies à plusieurs niveaux géographiques pour permettre aux bureaux de santé publique disposant d'un soutien épidémiologique limité d'accéder à des estimations pour leur région. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la série, veuillez consulter le rapport technique.

Le présent rapport donne un aperçu de l'insécurité alimentaire des ménages chez les enfants de l'Ontario, telle que mesurée par l'ECSEJ 2019. La prévalence des enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire est décrite, ainsi que sa relation avec les caractéristiques sociodémographiques. Les estimations de prévalence sont présentées par bureau de santé publique, par région géographique et par groupe homologue de Statistique Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements à propos des données et des caractéristiques de la population de l'ECSEJ, veuillez consulter le rapport technique.

L'insécurité alimentaire est définie comme l'incapacité d'obtenir une saine alimentation, suffisante et nutritive, en raison du manque d'accès à la nourriture lié au revenu². En 2021, un enfant canadien sur cinq âgé de moins de 18 ans vivait dans un ménage touché par un certain degré d'insécurité alimentaire ¹. Il s'agit là d'un important déterminant social de la santé, car l'insécurité alimentaire peut nuire à la croissance et au développement au stade de la petite enfance, ainsi que sur la santé physique et mentale à long terme ¹.

Dans l'ECSEJ, l'insécurité alimentaire est mesurée à l'aide du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM), qui est un questionnaire à 18 questions : dix sont spécifiques aux membres adultes du ménage et huit sont spécifiques aux enfants du ménage. **L'insécurité alimentaire des ménages est l'indicateur de prédilection pour étudier l'insécurité alimentaire des enfants**³. Des études ont révélé des différences dans les indicateurs nutritionnels chez les enfants des ménages en situation d'insécurité alimentaire par rapport aux ménages en situation de sécurité alimentaire^{5,6}, quelles que soient les réponses à la partie du MESAM consacrée aux enfants (ou de la variable « Sécurité alimentaire — statut de l'enfant » provenant des seules questions consacrées aux enfants). Cela laisse supposer des biais de rappel et de déclaration dans les réponses des parents ou des frères et sœurs plus âgés aux huit points du MESAM se rapportant aux enfants. Par ailleurs, les parents d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire tentent souvent d'atténuer les répercussions de la rareté de la nourriture sur leurs enfants⁷. Cependant, malgré ces efforts, les enfants sont souvent conscients des facteurs de stress à la maison. La honte ou la culpabilité associées à ces difficultés peuvent prolonger les périodes de stress toxique, lequel a une incidence sur l'état de santé futur^{8,9}.

L'ECSEJ, ainsi que d'autres enquêtes de Statistique Canada comprenant le MESAM, fournissent trois variables dérivées liées à l'insécurité alimentaire : « Sécurité alimentaire — statut de l'adulte », « Sécurité alimentaire — statut de l'enfant », et « Sécurité alimentaire – statut du ménage ». Comme mentionné ci-dessus, le statut d'insécurité alimentaire des ménages fournit la mesure la plus précise de l'insécurité alimentaire des enfants. Ainsi, ce rapport utilise la variable « Sécurité alimentaire – statut du ménage » pour estimer la prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants.

À noter que l'ECSEJ utilise la population des enfants âgés de 1 à 17 ans comme base de sondage. Par conséquent, les estimations de l'ECSEJ font référence à la **proportion** d'enfants (à savoir, la proportion

L'insécurité alimentaire chez les enfants d'après les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes 2

d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire). L'ECSEJ ne peut pas être utilisée pour estimer d'autres populations, comme les ménages, ce qui signifie qu'elle ne peut pas servir à estimer la prévalence générale des ménages en situation d'insécurité alimentaire en Ontario (avec enfants ou autres).

Pour en savoir plus sur la source des données, les définitions des indicateurs ainsi que la catégorisation, veuillez consulter les notes techniques à la fin du présent rapport.

Données relatives à l'identité raciale et autochtone

L'ECSEJ utilise les termes sociodémographiques suivants pour décrire les variables : « groupe de population », « minorité visible » et « identité autochtone ». Afin de respecter le vocabulaire de l'équité en santé préféré par les communautés touchées et de réduire les préjudices involontaires lors de l'analyse et de l'utilisation des résultats de l'ECSEJ, nous avons remplacé les termes de l'ECSEJ par les suivants dans le présent rapport, dans la mesure du possible : « race et origine ethnique », « groupes racialisés », « Autochtones ».

La « race » est une construction sociale sans fondement biologique, créée pour classer les personnes en différents groupes sur la base de traits visuels de manière à créer et maintenir des différences de pouvoir au sein de la société¹⁰. « L'origine ethnique » fait référence aux caractéristiques apprises ou adoptées par les communautés, telles que la langue, les pratiques et les croyances^{11,12}. Il convient de noter que la catégorisation des personnes en tant qu'Autochtones, Noirs et autres catégories raciales a été utilisée par le passé et le demeure actuellement pour marquer certains groupes d'exclusion, de discrimination et d'oppression. Par conséquent, le racisme, la catégorisation et la discrimination raciales continuent de façonner la vie et les possibilités des gens catégorisés comme des « personnes racialisées » ¹². Pour plus d'information sur la terminologie sociodémographique, veuillez vous référer aux notes techniques et au rapport technique.

Les données relatives à l'identité raciale et autochtone sont essentielles pour cerner et surveiller les inégalités en matière de santé qui découlent du racisme, des préjugés et de la discrimination¹³, et pour éclairer la conception de programmes et de services visant à favoriser la santé et le bien-être des populations racialisées et des Autochtones.

Santé publique Ontario inclut des données et des analyses sur les Autochtones afin d'améliorer la compréhension et de soutenir des mesures visant à améliorer la santé des Autochtones. SPO reconnaît l'importance de la souveraineté des données autochtones, ainsi que des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP) et des principes de propriété, de contrôle, d'accès et d'intendance (PCAI) des Métis. Nous poursuivons nos efforts visant à créer des processus et des relations permettant d'analyser les données autochtones et d'en faire rapport de manière respectueuse et effective.

Résultats

- Dans l'ensemble, d'après l'ECSEJ, 15,3 % des enfants en Ontario âgés de 1 à 17 ans souffraient de l'insécurité alimentaire au sein du ménage en 2019 (Figure 1).
 - Cette prévalence générale provenant de l'ECSEJ est probablement sous-estimée. Selon l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) de 2020, 20,6 % des enfants âgés de 1 à 17 ans en Ontario vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire¹. La différence peut être due au taux de réponse plus élevé de l'ECR par rapport à l'ECSEJ, ce qui suggère que l'ECR est peut-être plus représentative de la population et constitue une meilleure source de données pour mesurer l'insécurité alimentaire au Canada. Bien que l'ECSEJ puisse sous-estimer l'insécurité alimentaire, l'accent qu'elle met sur le nombre d'enfants et les mesures de santé signifie qu'elle reste une enquête utile pour comprendre la relation entre l'insécurité alimentaire, les caractéristiques sociodémographiques et la santé des enfants, en particulier des plus jeunes.
- 5,1 % des enfants étaient en situation d'insécurité alimentaire marginale, 7,3 % étaient en situation d'insécurité alimentaire modérée et 2,9 % étaient en situation d'insécurité alimentaire grave (Figure 2).





Figure 2 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, par degré d'insécurité alimentaire; Ontario, 2019



L'insécurité alimentaire chez les enfants d'après les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes 5

Variables sociodémographiques ÂGE ET SEXE A LA NAISSANCE

La prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants ne diffère pas de manière significative selon le sexe à la naissance ou le groupe d'âge (<u>Tableau 1</u>).

Tableau 1 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécuritéalimentaire ou d'insécurité alimentaire, selon le groupe d'âge et le sexe à la naissance;Ontario, 2019

| | Sécurité alimentaire % (IC 95) | Total de l'insécurité alimentaire % (IC 95) | Insécurité alimentaire marginale % (IC 95) | Insécurité alimentaire modérée % (IC 95) | Insécurité alimentaire grave % (IC 95) |
|------------------------|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Âge | | | | | |
| 1 à 4 | 86,0 (84,8 - 87,1) | 14,0 (12,9 - 15,2) | 5,0 (4,2 - 5,7) | 6,7 (5,9 - 7,6) | 2,4 (1,9 - 2,9) |
| 5 à 11 | 84,1 (83,1 - 85,0) | 15,9 (15,0 - 16,9) | 5,3 (4,6 - 5,9) | 7,4 (6,7 - 8,1) | 3,3 (2,8 - 3,8) |
| 12 à 17 | 84,5 (83,4 - 85,6) | 15,5 (14,4 - 16,6) | 4,9 (4,2 - 5,6) | 7,7 (6,7 - 8,1) | 2,9 (2,8 - 3,8) |
| Sexe à la naissance | | | | | |
| Masculin | 84,6 (83,7 - 85,5) | 15,4 (14,5 - 16,3) | 5,2 (4,7 - 5,7) | 7,3 (6,7 - 7,9) | 2,9 (2,5 - 3,3) |
| Féminin | 84,7 (83,8 - 85,6) | 15,3 (14,4 - 16,2) | 4,9 (4,4 - 5,5) | 7,4 (6,7 - 8,0) | 3,0 (2,5 - 3,4) |

NIVEAU DE SCOLARITÉ LE PLUS ÉLEVÉ DES PARENTS

La prévalence de l'insécurité alimentaire des enfants était inversement associée au niveau de scolarité de la personne la mieux informée (PMI) ou de son conjoint. L'insécurité alimentaire touchait 8,6 % (IC 95 % : 7,8-9,3 %) des enfants dont la PMI ou le conjoint de la PMI avait déclaré détenir un diplôme universitaire, contre 28,3 % (IC 95 % : 26,1-30,5 %) des enfants dont la PMI ou le conjoint de la PMI ou le conjoint de la PMI avait déclaré détenir un diplôme d'études secondaires ou moins (Figure 3, Tableau 2).

Figure 3 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire, selon le niveau d'études le plus élevé de la PMI ou du conjoint; Ontario, 2019



Figure 4 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, selon le degré d'insécurité alimentaire et le niveau d'études le plus élevé de la PMI ou du conjoint; Ontario, 2019



Tableau 2 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire, selon le niveau d'éducation de la PMI et du conjoint de la PMI; Ontario, 2019

| Niveau de scolarité le plus élevé des parents | Sécurité alimentaire % (IC 95) | Total de l'insécurité alimentaire* % (IC 95) | Insécurité alimentaire marginale* % (IC 95) | Insécurité alimentaire modérée* % (IC 95) | Insécurité alimentaire grave* % (IC 95) |
|---|--------------------------------------|---|--|--|--|
| Diplôme d'études secondaire s ou moins | 71,7 (69,5-73,9) | 28,3 (26,1-30,5) | 6,8 (5,6-8,0) | 14,2 (12,5-15,9) | 7,3 (6,0-8,6) |
| Collège/ école de métiers | 80,2 (79,1-81,4) | 19,8 (18,6-20,9) | 6,7 (5,9-7,4) | 9,1 (8,3-10,0) | 4,0 (3,4-4,6) |
| Université ou plus | 91,4 (90,7-92,2) | 8,6 (7,8-9,3) | 3,4 (2,9-3,9) | 4,1 (3,6-4,7) | 1,0 (0,8-1,3) |

*indique une différence significative entre les niveaux d'éducation (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05)

L'insécurité alimentaire chez les enfants d'après les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes 8

REVENU DES MÉNAGES ET MESURE DES FAIBLES REVENUS

Il existe une différence significative dans l'insécurité alimentaire des ménages en fonction du niveau de revenu. Plus le revenu des ménages augmente, plus la prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants diminue (Figure 5). Environ 41,4 % des enfants vivant dans des ménages dont le revenu total est inférieur à 25 000 \$ sont en situation d'insécurité alimentaire. Il existe également une différence significative entre l'insécurité alimentaire des ménages et le faible revenu, mesurée à l'aide du seuil de faible revenu, ajusté en fonction de la taille du ménage et de la taille de la communauté (Tableau 3).





C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

Tableau 3 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire, selon le revenu du ménage et le seuil de faible revenu (SFR); Ontario, 2019

| Revenu du ménage | Sécurité alimentaire* % (IC 95) | Insécurité alimentaire* % (IC 95) |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <25 000 \$ | 58,6 (55,5 - 61,6) | 41,4 (38,4 - 44,5) |
| 25 000 \$ à 49 999 \$ | 68,8 (66,6 - 70,9) | 31,2 (29,1 - 33,4) |
| 50 000 \$ à 74 999 \$ | 79,0 (77,1 - 81,0) | 21,0 (19,0 - 22,9) |
| 75 000 \$ à 99 999 \$ | 87,1 (85,5 - 88,6) | 12,9 (11,4 - 14,5) |
| 100 000 \$ à 149 999 \$ | 92,9 (92,0 - 93,8) | 7,1 (6,2 - 8,0) |
| 150 000 \$ à 199 999 \$ | 96,8 (95,9 - 97,6) | 3,2 (2,4 - 4,1) |
| 200 000 \$ et plus | 98,8 (98,3 - 99,3) | 1,2 ^c (0,7 - 1,7) |
| Seuil de faible revenu (SFR) | | |
| Revenu élevé | 90,0 (89,5 - 90,6) | 10,0 (9,4 - 10,5) |
| Faible revenu | 65,5 (63,6 - 67,3) | 34,5 (32,7 - 36,4) |

C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage. *indique une différence significative entre les niveaux de revenus (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05)

RACE ET ORIGINE ETHNIQUE – ENFANT

Il existe une différence statistiquement significative dans l'insécurité alimentaire des ménages en fonction de la race et de l'origine ethnique.

La prévalence la plus élevée de l'insécurité alimentaire des ménages chez les enfants a été observée chez les enfants qui se sont identifiés comme Noirs (Figure 6, Tableau 4). Les groupes présentant la plus faible prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages sont, par ordre croissant, les Asiatiques de l'Est, les Blancs/non-racialisés et les Asiatiques du Sud; les estimations de prévalence pour ces trois groupes étaient toutes inférieures à la prévalence provinciale (15,3 %).



Figure 6 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, selon la race et l'origine ethnique; Ontario, 2019

C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage. † Exclut les personnes s'identifiant comme autochtones Tableau 4 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en sécurité alimentaire et en insécurité alimentaire, selon la race et l'origine ethnique; Ontario, 2019

| Race et origine ethnique – Enfant | Sécurité alimentaire* % (IC 95) | Insécurité alimentaire* % |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Noir | 65,3 (61,7 - 68,9) | 34,7 (31,1 - 38,3) |
| Asiatique du Sud-Est/Philippin | 76,1 (72,2 - 80,0) | 23,9 (20,0 - 27,8) |
| Latino-Américain | 77,4 (70,5 - 84,3) | 22,6 ^c (15,7 - 29,5) |
| Autre/Multiples | 78,4 (74,2 - 82,6) | 21,6 (17,4 - 25,8) |
| Asiatique de l'Ouest/Arabe | 79,7 (75,4 - 84,0) | 20,3 (16,0 - 24,6) |
| Asiatique du Sud | 86,6 (84,7 - 88,5) | 13,4 (11,5 - 15,3) |
| Blanc/non racisé† | 87,7 (87,0 - 88,5) | 12,3 (11,5 - 13,0) |
| Asiatique de l'Est | 92,3 (90,5 - 94,4) | 7,7 (5,9 - 9,5) |

C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage. † Exclut les personnes s'identifiant comme autochtones

*indique une différence significative entre les races et les groupes ethniques (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05)

IDENTITÉ AUTOCHTONE

Il existe une différence statistiquement significative dans l'insécurité alimentaire des ménages entre les enfants qui s'identifient comme autochtones et ceux qui ne le font pas (<u>Figure 7</u>). Ce constat s'applique à tous les niveaux d'insécurité alimentaire des ménages (<u>Figure 8</u>, <u>Tableau 5</u>).



Figure 7 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire, selon l'identité autochtone; Ontario, 2019



Figure 8 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, selon le degré d'insécurité alimentaire et l'identité autochtone; Ontario, 2019

 Tableau 5 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité

 alimentaire, selon le degré d'insécurité alimentaire et l'identité autochtone; Ontario, 2019

| Identité autochtone | Sécurité alimentaire* % (IC 95) | Total de l'insécurité alimentaire* % (IC 95) | Insécurité alimentaire marginale* % (IC 95) | Insécurité alimentaire modérée* % (IC 95) | Insécurité alimentaire grave* % (IC 95) |
|------------------------|---------------------------------------|---|--|--|--|
| Oui | 68,1 (63,8-72,3) | 31,9 (27,7-36,2) | 7,9 (5,6-10,2) | 12,9 (10,0-15,9) | 11,1 (7,9-14,3) |
| Non | 85,2 (84,5-85,8) | 14,8 (14,2-15,5) | 5,0 (4,6-5,4) | 7,2 (6,7-7,6) | 2,7 (2,4-3,0) |

*indique une différence significative entre les identités autochtones (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05)

STATUT D'IMMIGRATION – ENFANT ET PMI

Une prévalence significativement plus élevée d'enfants ayant immigré au Canada qui vivaient dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire (Figure 9, Tableau 6). Toutefois, les PMI se présentant comme immigrantes connaissaient des degrés d'insécurité alimentaire des ménages similaires à ceux des personnes non immigrantes. Les enfants et leurs PMI déclarés résidents non permanents présentaient le degré le plus élevé d'insécurité alimentaire au sein du ménage.





C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

Tableau 6 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire et d'insécurité alimentaire selon le statut d'immigration; Ontario, 2019

| Statut d'immigration | Sécurité alimentaire % (IC 95) | Insécurité alimentaire* % (IC 95) |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Statut d'immigration de l'enfant | | |
| Non-immigrant | 85,3 (84,6 - 85,9) | 14,7 (14,1 - 15,4) |
| Immigrant | 79,9 (77,4 - 82,4) | 20,1 (17,6 - 22,6) |
| Résident non permanent | 74,4 (61,9 - 86,8) | 25,6 ^c (13,2 - 38,1) |
| Statut d'immigration de la PMI | | |
| Non-immigrant | 86,3 (85,6 - 87,1) | 13,7 (12,9 - 14,4) |
| Immigrant | 85,3 (84,2 - 86,4) | 14,7 (13,6 - 15,8) |
| Résident non permanent | 72,7 (62,5 - 82,9) | 27,3 ^c (17,1 - 37,5) |

C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage. *indique une différence significative entre les statuts d'immigration (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05)

Variables géographiques

GROUPE HOMOLOGUE

Des différences significatives ont été observées dans la prévalence des enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire selon le groupe homologue de Statistique Canada, qui regroupe les bureaux de santé publique selon des critères géographiques (p. ex., le nombre d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire., la densité de la population) et les caractéristiques sociodémographiques (p. ex., proportion de la population racialisée) (figure 10, tableau 7). La prévalence la plus élevée d'insécurité alimentaire marginale et modérée des ménages a été observée dans les grands centres urbains, où il existe des proportions élevées de populations d'immigrants et de minorités visibles. La prévalence la plus élevée d'insécurité alimentaire grave des ménages a été observée dans les communautés rurales ou rurales-urbaines diversifiées qui avaient une faible croissance démographique et des taux de chômage élevés.





Tableau 7 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire, par groupe homologue de Statistique Canada; Ontario, 2019

| Groupe homo- logue | Sécurité alimentaire* % (IC 95) | Total de l'insécurité alimentaire* % (IC 95) | Insécurité alimentaire marginale* % (IC 95) | Insécurité alimentaire modérée* % (IC 95) | Insécurité alimentaire grave* % (IC 95) |
|--------------------------|---------------------------------------|---|--|--|--|
| В | 86,1 (84,8 - 87,4) | 13,9 (12,6 - 15,2) | 4,5 (3,7 - 5,3) | 6,6 (5,7 - 7,6) | 2,7 (2,1 - 3,3) |
| С | 83,7 (82,3 - 85,1) | 16,3 (14,9 - 17,7) | 5,1 (4,3 - 5,9) | 7,4 (6,5 - 8,4) | 3,9 (3,1 - 4,6) |
| D | 84,3 (83,0 - 85,6) | 15,7 (14,4 - 17,0) | 5,2 (4,4 - 6,0) | 7,0 (6,1 - 7,8) | 3,6 (3,0 - 4,3) |
| G et H | 84,0 (82,9 - 85,0) | 16,0 (15,0 - 17,1) | 5,5 (4,8 - 6,2) | 8,0 (7,3 - 8,8) | 2,5 (2,1 - 2,9) |

*indique une différence significative entre les groupes homologues (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05).

RÉGION GÉOGRAPHIQUE

Des différences significatives ont été observées dans les degrés d'insécurité alimentaire des ménages entre les régions géographiques. En particulier, les enfants vivant à Toronto connaissaient un plus haut taux d'insécurité alimentaire modérée, tandis que les enfants vivant dans les régions du Nord connaissaient un plus haut taux d'insécurité alimentaire grave (Figure 11, Tableau 8). Le pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire selon l'unité de santé publique et le groupe d'âge (tous les enfants, moins de 12 ans et 12 ans et plus) est présenté dans le tableau 9.





C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

 Tableau 8 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire selon la région géographique; Ontario, 2019

| Région géogra- phique | Sécurité alimentaire* % (IC 95) | Total de l'insécurité alimentaire* % (IC 95) | Insécurité alimentaire marginale* % (IC 95) | Insécurité alimentaire modérée* % (IC 95) | Insécurité alimentaire grave* % (IC 95) |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|--|--|--|
| Toronto | 81,5 (80,1 - 83,0) | 18,5 (17,0-19,9) | 5,6 (4,7 - 6,5) | 9,7 (8,6 - 10,8) | 3,2 (2,5 - 3,9) |
| Nord-Ouest | 84,1 (80,9 - 87,3) | 15,9 (12,7-19,1) | 4,4 ^c (2,7-6,1) | 7,4 ^c (5,1-9,6) | 4,2 ^c (2,3-6,0) |
| Nord-Est | 82,8 (80,2 - 85,5) | 17,2 (14,5-19,8) | 6,3 (4,6 - 8,0) | 6,7 (5,0 - 8,4) | 4,2 ^c (2,8-5,6) |
| Est | 85,2 (83,4 - 87,0) | 14,8 (13,0-16,6) | 4,4 (3,3 - 5,4) | 7,8 (6,4 - 9,1) | 2,7 (2,0 - 3,4) |
| Centre-Est | 85,6 (84,4 - 86,7) | 14,4 (13,3-15,6) | 5,0 (4,3 - 5,8) | 7,0 (6,2 - 7,8) | 2,4 (1,9 - 2,9) |
| Centre- Ouest | 84,9 (83,3 - 86,5) | 15,1 (13,5-16,7) | 4,9 (4,0 - 5,8) | 6,7 (5,7 - 7,7) | 3,5 (2,6 - 4,3) |
| Sud-Ouest | 86,5 (84,8 - 88,2) | 13,5 (11,8-15,2) | 5,2 (4,1 - 6,2) | 5,5 (4,3 - 6,7) | 2,7 (2,0 - 3,5) |

C - Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage. *indique une différence significative entre les niveaux de revenus (test du chi carré de Rao-Scott p<0,05)

BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE

Tableau 9 : Pourcentage d'enfants vivant dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, selon l'unité de santé publique et le groupe d'âge; Ontario, 2019

| Nom du bureau de santé publique | Tous les enfants % d'insécurité alimentaire (IC 95) | <12 ans % d'insécurité alimentaire (IC 95) | 12 ans et plus % d'insécurité alimentaire (IC 95) |
|--|---|--|---|
| Bureau de santé du district d'Algoma | 18,3 (12,9-23,7) | 13,1 ^c (8,5-17,6) | 5,2 ^D (2,3-8,1) |
| Bureau de santé du comté de Brant | 15,1 ^c (10,6-19,6) | 10,0 ^c (6,5-13,6) | 5,1 ^D (2,4-7,7) |
| Bureau de santé de la région de Durham | 14,9 (11,6-18,2) | 11,2 (8,3-14,0) | 3,7 ^c (1,9-5,5) |
| Bureau de santé de Grey Bruce | 16,7 (12,1-21,3) | 11,4 ^c (7,7-15,1) | 5,3 ^D (2,6-7,9) |
| Bureau de santé de Haldimand- Norfolk | 17,8 ^c (12,4-23,2) | 10,4 ^c (6,5-14,3) | 7,4 ^D (3,5-11,2) |
| Bureau de santé du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge | 17,6 (14,1-21,1) | 10,6 (7,9-13,3) | 7,0 ^c (4,7-9,2) |
| Bureau de santé de la région de Halton | 10,4 (8,3-12,5) | 6,0 (4,5-7,5) | 4,4 ^c (2,9-5,9) |
| Bureau de santé de la ville de Hamilton | 14,0 ^c (9,6-18,5) | 8,5 ^c (5,2-11,8) | 5,6 ^D (2,5-8,7) |
| Bureau de santé des comtés de Hastings et Prince Edward | 17,9 (13,7-22,1) | 10,6 ^c (7,4-13,7) | 7,3 ^c (4,5-10,1) |
| Bureau de santé du comté de Huron | 10,8† (4,9-16,8) | ND | ND |
| Bureau de santé de Chatham-Kent | 16,1 (12,3-19,8) | 9,6 (6,7-12,5) | 6,5 ^c (3,9-9,0) |
| Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington | 13,2 (9,7-16,7) | 9,1 ^c (6,3-11,9) | 4,1 ^c (2,1-6,1) |
| Bureau de santé de Lambton | 13,2 ^c (8,9-17,6) | 7,9 ^c (4,6-11,2) | 5,3 ^D (2,3-8,2) |
| Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark | 18,9 (14,3-23,5) | 10,4 ^c (7,1-13,7) | 8,5 ^c (5,4-11,6) |
| Bureau de santé de Middlesex- London | 14,2 ^c (9,6-18,8) | 10,8 ^c (6,7-14,9) | 3,3 ^D (1,2-5,4) |
| Bureau de santé de la région de Niagara | 18,3 (13,6-23,0) | 13,6 (9,7-17,5) | 4,7 (2,1-7,2) |
| Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound | 15,3 ^c (10,5-20,2) | 12,0 ^c (7,8-16,3) | ND |
| Bureau de santé du Nord-Ouest | 17,8 (14,1-21,4) | 15,1 (12,0-18,3) | 2,6 ^D (1,0-4,3) |
| Bureau de santé de la ville d'Ottawa | 13,5 (10,7-16,3) | 8,5 (6,4-10,6) | 5,0 ^c (3,3-6,7) |
| Bureau de santé de la région de Peel | 16,3 (14,4-18,2) | 9,5 (8,1-10,9) | 6,8 (5,6-8,0) |
| Bureau de santé du district de Perth | 12,7 ^c (7,3-18,2) | 7,8 ^D (3,6-12,0) | ND |
| Bureau de santé du comté et de la ville de Peterborough | 13,6 ^c (9,0-18,1) | 9,3 ^c (5,5-13,0) | 4,3 ^D (1,7-6,9) |

L'insécurité alimentaire chez les enfants d'après les données de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes 21

| Nom du bureau de santé publique | Tous les enfants % d'insécurité alimentaire (IC 95) | <12 ans % d'insécurité alimentaire (IC 95) | 12 ans et plus % d'insécurité alimentaire (IC 95) |
|--|---|--|---|
| Bureau de santé de Porcupine | 16,5 ^c (11,5-21,4) | 10,1 ^c (6,4-13,9) | 6,3 ^D (3,0-9,7) |
| Bureau de santé du comté et du district de Renfrew | 17,1 ^c (10,9-23,3) | 13,3 ^c (8,0-18,7) | ND |
| Bureau de santé de l'Est de l'Ontario | 16,1 (11,4-20,7) | 9,1 ^c (5,5-12,8) | 6,9 ^D (3,8-10,0) |
| Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka | 15,9 (13,4-18,4) | 10,6 (8,5-12,6) | 5,4 (3,8-7,0) |
| Bureau de santé publique de Sudbury et du district | 17,9 (12,8-23,1) | 13,4 ^c (9,1-17,7) | 4,6 ^D (1,5-7,6) |
| Bureau de santé du district de Thunder Bay | 15,1 (10,7-19,4) | 11,3 ^c (7,5-15,0) | 3,8 ^D (1,6-6,0) |
| Bureau de santé de Timiskaming | 17,7 ^D (7,8-27,6) | ND | ND |
| Bureau de santé de Waterloo | 17,4 (13,5-21,2) | 11,2 (7,9-14,4) | 6,2 ^c (4,1-8,3) |
| Bureau de santé de Wellington- Dufferin-Guelph | 17,3 (14,3-20,4) | 11,4 (9,1-13,8) | 5,9 ^c (3,9-7,8) |
| Bureau de santé du comté de Windsor-Essex | 12,9 (10,0-15,9) | 8,4 (6,0-10,8) | 4,5 ^c (2,8-6,3) |
| Bureau de santé de la région de York | 10,7 (8,3-13,1) | 6,8 (4,9-8,6) | 3,9 ^c (2,5-5,4) |
| Bureau de santé d'Oxford Elgin St. Thomas (Sud-Ouest) | 10,9 (8,1-13,7) | 6,8 ^c (4,6-9,0) | 4,1 ^c (2,4-5,9) |
| Bureau de santé de la ville de Toronto | 18,5 (17,0-19,9) | 11,2 (10,3-12,1) | 7,3 (6,2-8,4) |
| Ontario Total | 15,3 (14,7-16,0) | 9,8 (9,3-10,3) | 5,5 (5,1-5,9) |

C et D : Ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

ND (non déclarable) : Cette estimation n'a pas pu être diffusée conformément aux lignes directrices de Statistique Canada sur la qualité inacceptable des estimations (E)

Analyse

L'ECSEJ est une source de données qui s'avère utile pour mieux comprendre le rapport entre l'insécurité alimentaire et la santé des enfants. Aucune autre enquête représentative au niveau provincial ne se concentre sur les enfants ontariens âgés de 1 à 17 ans, ne contient l'outil de mesure de référence de l'insécurité alimentaire (MESAM) et ne recueille des données sur un large éventail de comportements et de résultats en matière de santé infantile. Cette analyse mettra brièvement en contexte l'insécurité alimentaire des ménages chez les enfants, telle que mesurée par l'ECSEJ, afin d'en tenir compte lors de l'interprétation et de la réalisation d'analyses de l'insécurité alimentaire à partir des données de l'ECSEJ. Bien que ce rapport fournisse un aperçu de l'insécurité alimentaire par indicateurs socioéconomiques, l'interprétation de ces données nécessite une mise en contexte appropriée.

Selon les estimations de l'ECSEJ, 15,3 % des enfants ontariens âgés de 1 à 17 ans ont connu de l'insécurité alimentaire au sein de leur foyer en 2019. Cette prévalence générale provenant de l'ECSEJ est probablement sous-estimée. Selon l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) de 2020, 20,6 % des enfants âgés de 1 à 17 ans en Ontario vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire ¹. La différence peut être due au taux de réponse plus élevé de l'ECR par rapport à l'ECSEJ, ce qui laisse supposer que l'ECR est peut-être plus représentative de la population et constitue une meilleure source de données pour mesurer les taux d'insécurité alimentaire au Canada.

Les rapports entre les caractéristiques sociodémographiques et l'insécurité alimentaire des ménages dans l'ECSEJ cadrent avec les résultats d'autres enquêtes sur la population canadienne qui ont inclus le MESAM, en particulier l'ECR¹ et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)¹⁴. Sachant que les ménages avec enfants sont nettement plus susceptibles de connaître de l'insécurité alimentaire que les ménages sans enfants¹, il n'y a pas de relation significative entre l'âge ou le sexe de l'enfant à la naissance et l'insécurité alimentaire. Toutefois, les enfants âgés de 1 à 4 ans ont tendance à se trouver dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire à des taux inférieurs à ceux des enfants plus âgés. Cette tendance est comparable aux estimations de l'ECR (réf. n° 2 - rapport PROOF 2021) et peut s'expliquer par les effets protecteurs de l'augmentation de la Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE) pour les familles ayant des enfants de moins de 6 ans¹⁵.

Un niveau de scolarité moins élevé au sein du ménage et, par conséquent, un revenu du ménage plus faible étaient tous deux associés à des taux accrus d'insécurité alimentaire chez les enfants. En plus d'être cohérents avec les résultats d'autres enquêtes sur la population canadienne, ces résultats cadrent avec le fait que l'insécurité alimentaire est plus répandue parmi les ménages dont les revenus sont insuffisants et précaires¹⁶.

Des taux accrus d'insécurité alimentaire des ménages ont été observés chez les enfants racialisés et autochtones, comme l'indiquent les conclusions de l'ECR¹ et de l'ESCC¹⁴. Les taux les plus élevés d'insécurité alimentaire des ménages, deux fois supérieurs à la moyenne provinciale, ont été observés chez les enfants noirs (34,7 % vivant dans des ménages en insécurité alimentaire) et chez les enfants s'identifiant comme autochtones (31,9 % vivant dans des ménages en insécurité alimentaire). Ces taux plus élevés sont le résultat du racisme systémique et du colonialisme historiques et continus, qui créent des inégalités socioéconomiques ayant un impact sur les enfants racialisés et autochtones et leurs familles.¹⁶

Des taux accrus d'insécurité alimentaire des ménages ont également été observés chez les enfants immigrants, mais pas chez les enfants dont la PMI était immigrante. Ces résultats cadrent avec les conclusions précédentes selon lesquelles les taux d'insécurité alimentaire sont plus élevés dans les ménages composés d'immigrants récents, mais pas dans les ménages composés d'immigrants qui sont au Canada depuis au moins 10 ans¹⁷. Le statut d'immigration est lié de manière complexe aux taux d'insécurité alimentaire au Canada; des études ont montré que ce lien s'explique par d'autres caractéristiques socio-économiques corrélées, telles que le revenu^{1,14}, et que l'immigration protège contre l'insécurité alimentaire grave¹⁷.

Bien que l'ECSEJ puisse sous-estimer l'insécurité alimentaire, l'accent qu'elle met sur le nombre d'enfants et les mesures de santé signifie qu'elle reste une enquête utile pour comprendre la relation entre l'insécurité alimentaire, les caractéristiques sociodémographiques et la santé des enfants, en particulier des plus jeunes.

Notes techniques

Source des données

Ce rapport traitait du volet ontarien de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019¹⁸, qui a utilisé l'allocation canadienne pour enfants (ACE) comme base de sondage pour sélectionner les enfants et les jeunes âgés de 1 à 17 ans au 31 janvier 2019.

- Les enfants qui habitaient dans des logements privés dans les 10 provinces et les trois territoires étaient admissibles.
- Les enfants qui habitaient dans des réserves de Premières Nations, dans d'autres établissements autochtones et dans des foyers d'accueil ainsi que les enfants et les jeunes placés en institution ont été exclus.

Indicateurs

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES

L'insécurité alimentaire des ménages a été calculée en posant 18 questions et a été résumée en quatre catégories :

- La sécurité alimentaire indique qu'il n'y a pas de difficulté d'accès à la nourriture en raison du revenu.
- L'insécurité alimentaire marginale est définie par une seule indication de difficulté d'accès à la nourriture en raison du revenu.
- L'insécurité alimentaire modérée indique un compromis dans la qualité ou la quantité de nourriture consommée.
- L'insécurité alimentaire grave révèle une réduction de l'apport alimentaire et une perturbation des habitudes alimentaires.

Une variable dichotomique a été utilisée dans les cas où la taille des échantillons était trop faible pour évaluer les associations bivariées. Dans ces cas particuliers, la variable a été codée comme sécurité alimentaire (les personnes interrogées ont déclaré ne pas être en situation d'insécurité alimentaire) ou comme insécurité alimentaire (les personnes interrogées ont déclaré être en situation d'insécurité alimentaire alimentaire (les personnes interrogées ont déclaré ber en situation d'insécurité alimentaire) ou comme insécurité alimentaire (les personnes interrogées ont déclaré être en situation d'insécurité alimentaire) alimentaire marginale, modérée ou grave).

VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les variables sociodémographiques utilisées dans cette analyse sont l'âge, le sexe, le revenu du ménage, le niveau d'éducation de la personne la mieux informée (PMI) de l'enfant et de son conjoint, la race et l'origine ethnique (y compris l'identité autochtone), et le statut d'immigration. Pour plus d'information sur ces variables sociodémographiques et sur la manière dont elles ont été recodées, veuillez consulter le rapport technique complet.

- L'âge a été divisé en trois catégories : 1 à 4 ans, 5 à 11 ans et 12 à 17 ans.
- Le sexe a été catégorisé comme masculin ou féminin.
- Le revenu des ménages a été divisé en sept fourchettes (<24 999 \$, 25 000 \$-49 999 \$, 50 000 \$-74 999 \$, 75 000 \$-99 999 \$, 100 000 \$-149 999 \$, 150 000 \$-199 999 \$ et 200 000 \$ et plus).
- Le seuil de faible revenu (SFR) est une variable dichotomique décrivant un revenu faible ou élevé. Il a été calculé à partir du revenu canadien 2019 avant impôt ajusté en fonction de la taille de la communauté et du ménage¹⁸.
- Le niveau d'études le plus élevé du ménage de la PMI ou du conjoint de la PMI a été classé en trois catégories (études secondaires ou moins, certificat ou diplôme d'études collégiales/professionnelles/universitaires, et études universitaires ou plus).
- Les groupes de race et d'origine ethnique ont été classés comme suit : Asiatique du Sud, Noir, Asiatique de l'Est, Asiatique du Sud-Est/Philippin, Asiatique de l'Ouest/Arabe, Blanc/non racialisé, Latino-Américain et Autre (ou multiples). Les personnes ayant répondu « oui » à la question de l'identité autochtone sont automatiquement incluses dans la catégorie Blanc/Non racisé. Étant donné qu'il existe une différence significative dans la situation d'insécurité alimentaire entre les personnes qui s'identifient comme autochtones et celles qui ne s'identifient pas comme telles, nous avons exclu les personnes s'identifiant comme autochtones du groupe de race et d'origine ethnique Blanc/Non racisé et l'avons inclus en tant que variable distincte.
- L'identité autochtone (Premières Nations, Inuits ou Métis) a été définie à l'aide des réponses « Oui » et « Non ».
- Le statut d'immigration a été classé comme non-immigrant, immigrant et résident non permanent.

Remarque : La race étant socialement construite et historiquement, politiquement et socialement informée, les données recueillies sur la race ne devraient pas être utilisées pour recenser des différences biologiques dans les résultats de santé²⁰.

ANALYSE GÉOGRAPHIQUE

La proportion d'enfants en situation d'insécurité alimentaire au sein du ménage a été classée par bureau de santé publique (BSP), par groupe homologue de Statistique Canada et par grandes régions géographiques.

Les groupes homologues de Statistique Canada sont basés sur la liste suivante :

- Groupe B Principalement des centres urbains à densité de population modérée
 - Bureau de santé de la région de Durham; Bureau de santé publique de la région de Halton; Bureau de santé publique de la ville de Hamilton; Bureau de santé de Middlesex-London; Santé publique Ottawa; Services de santé publique et d'urgence de la région de Waterloo; Bureau de santé du comté de Windsor-Essex
- Groupe C Mélange de zones urbaines et rurales peu peuplées
 - Santé publique d'Algoma; Bureau de santé du comté de Brant; Santé publique de Chatham-Kent; Bureau de santé de l'Est de l'Ontario; Bureau de santé du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge; Santé publique de Hastings Prince Edward; Santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington; Santé publique de Lambton; Santé publique de la région de Niagara; Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound; Bureau de santé de Porcupine; Santé publique de Peterborough; Santé publique de Sudbury et du district; Bureau de santé du district de Thunder Bay; Bureau de santé de Timiskaming
- Groupe D Régions principalement rurales
 - Bureau de santé de Grey Bruce; Bureau de santé de Haldimand-Norfolk; Santé publique de Huron Perth; Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark; Bureau de santé du Nord-Ouest; Bureau de santé du comté et du district de Renfrew; Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka; Santé publique du Sud-Ouest; Santé publique de Wellington-Dufferin-Guelph
- Groupe G et H Centres métropolitains les plus grands et à densité de population élevée
 - Ville de Toronto; Santé publique de Peel; Santé publique de la région de York

Les principales régions géographiques sont les suivantes :

- Nord-Ouest : Bureau de santé du Nord-Ouest; Bureau de santé du district de Thunder Bay
- Nord-Est : Bureau de santé de Porcupine; Bureau de santé de Témiscamingue; Santé publique de Sudbury et du district; Santé publique d'Algoma; Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound
- Sud-Ouest : Bureau de santé du comté de Windsor-Essex; Santé publique de Chatham-Kent; Santé publique du Sud-Ouest; Santé publique de Lambton; Bureau de santé de Middlesex-London; Santé publique de Huron Perth; Bureau de santé de Grey Bruce

- Centre-Ouest : Santé publique de Wellington-Dufferin-Guelph; Santé publique de la région de Halton; Services de santé publique de la ville de Hamilton; Santé publique de la région de Niagara; Services de santé publique et d'urgence de la région de Waterloo; Bureaux de santé de Haldimand-Norfolk; Bureau de santé du comté de Brant
- Santé publique de Toronto
- Centre-Est : Santé publique de Peel; Santé publique de la région de York; Département de santé de la région de Durham; Bureau de santé du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge; Santé publique de Peterborough; Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka
- Est : Bureau de santé du comté et du district de Renfrew; Santé publique de Hastings Prince Edward; Santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington; Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark; Santé publique Ottawa; Bureau de santé de l'Est de l'Ontario

Analyse des données

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide. Des analyses bivariées ont été réalisées entre les covariables et l'insécurité alimentaire des ménages, ainsi qu'entre l'insécurité alimentaire des ménages et les résultats en matière de santé. Les différences significatives ont été déterminées à l'aide de tests du chi carré.

- Les commandes PROC SURVEY ont été utilisées avec des réplications bootstrap (n=1 000) et des pondérations bootstrap fournies par Statistique Canada. Les estimations ponctuelles et les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés à partir de ces données.
- Les lignes directrices approuvées par Statistique Canada ont été utilisées pour présenter les résultats; les estimations ayant des coefficients de variation (CV) inférieurs à 0,15 % ont été présentées sans mise en garde (Annexe A; Figure 13).
- Lorsque des CV supérieurs à 0,35 apparaissaient dans l'analyse de fréquence, les quatre niveaux d'insécurité alimentaire ont été regroupés en une variable binaire : sécurité alimentaire c. insécurité alimentaire (marginale, modérée et grave).

Bibliographie

- V. Tarasuk. T. Li et A.-A. Fafard St-Germain, *Household food insecurity in Canada*, 2021 [Internet]. Toronto (Ontario), PROOF, 2022 [cité le 21 déc. 2022]. Disponible à : <u>https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/08/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2021-PROOF.pdf</u>
- Santé Canada, Insécurité alimentaire des ménages au Canada : Survol [Internet], Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada, 2020 [cité le 23 oct. 2023]. Disponible à : <u>https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/food-nutritionsurveillance/health-nutrition-surveys/canadian-community-health-survey-cchs/household-foodinsecurity-canada-overview.html
 </u>
- PROOF, Identifying policy options to reduce household food insecurity in Canada [Internet]. Toronto (Ontario), PROOF, 2022 [cité le 19 août 2022]. Disponible à : <u>https://proof.utoronto.ca/</u>
- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé publique (Santé publique Ontario), Équité en matière de santé [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 18 avril 2023]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/health-equity
- J. Hutchinson et V. Tarasuk, « The relationship between diet quality and the severity of household food insecurity in Canada », *Public Health Nutr.*, 2022, vol. 25, n° 4, p. 1013 à 1026. Disponible à : <u>https://doi.org/10.1017/s1368980021004031</u>
- S. I. Kirkpatrick et V. Tarasuk, « Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents », *J Nutr*, 2008, vol. 138, n° 3, p. 604 à 612. Disponible à : <u>https://doi.org/10.1093/jn/138.3.604</u>
- L. McIntyre. N. T. Glanville, K. D. Raine, J. B. Dayle, B. Anderson et N. Battaglia, « Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? », *CMAJ*, 2003, vol. 168, n° 6, p. 686 à 691. Disponible à : <u>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154913/pdf/20030318s00020p686.pdf</u>
- M. P. Burke, L. H. Martini, E. Çayır, H. L. Hartline-Grafton et R. L. Meade, « Severity of household food insecurity is positively associated with mental disorders among children and adolescents in the United States », *J Nutr*, 2016, vol. 146, n° 10, p. 2019 à 2026. Disponible à : <u>https://doi.org/10.3945/jn.116.232298</u>
- K. I. Mackay, H. Donkers, A. Kanbari, S. Pooyak, C. Loppie, L. McIntyre et coll., « Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger », *J Affect Disord*, 2013, vol. 150, n° 1, p. 123 à 129. Disponible à : <u>https://doi.org/10.1017/gmh.2021.2110.1016/j.jad.2012.11.029</u>

- Gouvernement de l'Ontario, Direction générale de l'action contre le racisme, Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme systémique [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2021 [cité le 22 fév. 2023]. Disponible à : https://<u>https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-dereperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique</u>
- D. K. Iwamoto et W. M. Liu, « The impact of racial identity, ethnic identity, Asian values, and race-related stress on Asian Americans and Asian international college students' psychological well-being », *J Counsel Psychol*, 2010, vol. 57, n° 1, p. 79 à 91. Disponible à : <u>https://doi.org/10.1037/a0017393</u>
- 12. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé publique (Santé publique Ontario), Collecter des données sur l'origine ethnique, la race, le revenu, la taille du ménage et la langue : une ressource pour les responsables de la collecte de données [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [cité le 25 oct. 2023]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/he/2021/03/aag-race-ethnicity-income-language-data-collection.pdf?la=fr
- 13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada, Ottawa (Ontario), ICIS, 2022. Disponible à : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf
- V. Tarasuk et A. Mitchell, Household food insecurity in Canada, 2017-18 [Internet], Toronto (Ontario), PROOF, 2020 [cité le 25 oct. 2023]. Disponible à : <u>https://proof.utoronto.ca/wpcontent/uploads/2020/03/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2017-2018-Full-Reportpdf.pdf</u>
- F. Men, A.-A. Fafard St-Germain, K. Ross, R. Remtulla et V. Tarasuk, « Effect of Canada Child Benefit on food insecurity: a propensity score–matched analysis », *Am J Prev Med*, 18 fév. 2023, vol. 64, nº 6. p. 844-52. Disponible à : <u>https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.01.027</u>
- 16. PROOF, Food insecurity: a problem of inadequate income, not solved by food [Internet], Toronto (Ontario), PROOF, 2022 [cité le 25 oct. 2023. Disponible à : <u>https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/10/Food-insecurity-A-problem-of-inadequate-income-not-solved-by-food-PROOF-factsheet-Oct-2022.pdf</u>
- V. Tarasuk, A.-A. Fafard St-Germain et A. Mitchell, « Geographic and socio-demographic predictors of household food insecurity in Canada », 2011-2012, *BMC Public Health*, 2019, vol 19, nº 1, p. 12. Disponible à : <u>https://doi.org/10.1186/s12889-018-6344-2</u>
- Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) [Internet], Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2019 [mis à jour le 10 mars 2023, cité le 25 oct. 2023]. Disponible à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5233

- 19. Statistique Canada, tableau 11-10-0241-01 : Seuils de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et la taille de la famille, en dollars courants, Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2022 [mis à jour le 21 déc. 2022, cité le 21 déc. 2022]. Disponible à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101&pickMembers%5B0%5D=2 .2&cubeTimeFrame.startYear=2016&cubeTimeFrame.endYear=2020&referencePeriods=201601 01%2C20200101&request locale=fr
- 20. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada, Ottawa (Ontario), ICIS, 2022 [cité le 22 févr. 2023]. Disponible à : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), L'insécurité alimentaire chez les enfants d'après l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 4^e éd. Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024.

ISBN: 978-1-4868-7869-7

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

Historique de la publication

Date de publication : 2023

2^e édition : juin 2023

3^e édition : novembre 2023

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario qui a pour mission de protéger et de promouvoir la santé de tous les Ontariens et de réduire les inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour de plus amples renseignements sur SPO, visitez www.publichealthontario.ca/fr.



© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024