

Prévention des syndromes coronariens aigus chez les immigrants non européens du Québec âgés de 20 ans et plus : élaboration de recommandations ciblant la transition nutritionnelle

**Rapport de projet d'intervention présenté
comme exigence partielle de la maîtrise en santé publique – avec majeure en santé mondiale (M.Sc.)**

Ghislain Muzinga Kasenda

Sous la direction de :

Souleymane Diabaté, directeur de projet

Maman Joyce Dogba, co-directrice de projet

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Université Laval

© Ghislain Muzinga Kasenda, 2024

Résumé

Contexte. Au Québec, les cardiopathies ischémiques comprenant notamment les syndromes coronariens aigus représentent un enjeu majeur de santé publique et un fardeau social, économique et sanitaire considérable. Les immigrants établis et les personnes nées au Québec semblent plus touchées par les cardiopathies ischémiques que les immigrants récents. Cette différence serait attribuable à divers facteurs dont la transition nutritionnelle qui survient chez de nombreux immigrants peu de temps après l'arrivée au Québec. Cette transition nutritionnelle entraîne une dégradation progressive de la santé cardiovasculaire des immigrants. Elle est influencée par divers déterminants résultant des lacunes liées d'une part au processus d'intégration des immigrants et d'autre part à la façon dont les interventions nutritionnelles et la promotion de la saine alimentation sont réalisées auprès des communautés ethnoculturelles. Ce projet a pour objectif de décrire la transition nutritionnelle et sa relation avec les syndromes coronariens aigus et d'évaluer les lacunes des programmes et services d'intégration, de nutrition communautaire et de promotion de la saine alimentation. Ceci afin d'élaborer des recommandations visant la promotion d'une transition nutritionnelle saine et le renforcement des programmes de prévention primaire des cardiopathies ischémiques.

Thèmes de recherche. Les thèmes suivants ont été traités dans ce projet : 1) les déterminants de la transition nutritionnelle chez les immigrants; 2) le fardeau économique et sanitaire des syndromes coronariens aigus au Québec; 3) les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la relation entre la transition nutritionnelle et les syndromes coronariens aigus; 4) les défis liés à l'intégration sociale et économique des immigrants au Québec, aux interventions en nutrition communautaire et à la promotion des saines habitudes alimentaires au Québec.

Méthodologie. Une revue de la littérature a d'abord été réalisée dans les moteurs de recherche de données bibliographiques, PubMed, PsycInfo et Google Scholar afin de décrire la transition nutritionnelle en contexte migratoire et sa relation avec la santé cardiovasculaire. Ensuite, afin d'évaluer les lacunes dans les programmes et services d'intégration, de nutrition communautaire et de promotion de la saine alimentation, six entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des intervenants communautaires en intégration et des professionnels du réseau de la santé communautaire (nutritionnistes et médecins) œuvrant auprès des communautés migrantes et sélectionnés par choix raisonné. Les données ainsi collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel Nvivo. Cette analyse s'est articulée autour de neuf thématiques principales présentes dans le corpus d'entretiens et abordant les enjeux liés à l'accompagnement à l'intégration, aux interventions en nutrition communautaire et aux programmes de promotion de la saine alimentation. Les six entretiens ont été classés en trois principales catégories (attributs) à partir desquelles les neuf thématiques principales ont été comparées.

Résultats. Des facteurs tels que le faible revenu, le chômage, l'isolement social, le stress acculturatif, les barrières linguistiques, la sédentarité, le rythme de vie trépidant au Canada ou encore l'exposition accrue aux aliments ultra-transformés, plus présents chez les immigrants non occidentaux, sont associés à une transition nutritionnelle malsaine. Ces facteurs sont le résultat des contraintes liées d'une part à l'insertion professionnelle

des immigrants et à la création des nouveaux réseaux sociaux dans le pays d'accueil et d'autre part au sous-financement, au manque d'adaptation culturelle et à l'éphémérité des programmes de nutrition communautaire et de promotion de la saine alimentation. En outre, la transition nutritionnelle malsaine résultant de ces facteurs est associée à des risques accrus de dysbiose intestinale et de syndrome métabolique qui constituent des facteurs de risque majeurs de cardiopathies ischémiques.

Conclusion. L'étude a permis de mieux comprendre les relations complexes existant entre le processus d'intégration et d'acculturation des immigrants non européens au Québec, la transition nutritionnelle et les cardiopathies ischémiques. Les résultats suggèrent que les interventions visant à améliorer l'intégration sociale et économique des immigrants non européens du Québec et à promouvoir efficacement des transitions nutritionnelles saines sont essentielles pour mieux prévenir les cardiopathies ischémiques chez ce groupe d'immigrants et améliorer leur santé nutritionnelle.

Mots-clés : Transition nutritionnelle; cardiopathies ischémiques; syndromes coronariens aigus; effet de l'immigrant en santé; immigrants; santé nutritionnelle; dysbiose intestinale; syndrome métabolique ; intégration sociale ; intégration socio-professionnelle

Table des matières

Résumé	i
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Liste des sigles	viii
Texte de la dédicace	ix
Remerciements	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : OBJECTIFS ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	5
1.1. Objectifs du projet	5
1.2. Démarche méthodologique	5
1.2.1. Cadre conceptuel : modèle biopsychosocial	5
1.2.2. Milieu d'intervention	7
1.2.3. Revue de littérature	8
1.2.4. Analyse qualitative	8
1.2.4.1. Population cible et échantillonnage	8
1.2.4.2. Analyse de contenu thématique avec Nvivo14 QSR	10
CHAPITRE 2 : TRANSITION NUTRITIONNELLE ET SES DÉTERMINANTS	12
2.1. Transition nutritionnelle	12
2.2. Déterminants de la transition nutritionnelle	13
2.2.1. Facteurs socio-économiques	13
2.2.1.1. Niveau de scolarité des immigrants	13
2.2.1.2. Portrait de l'emploi chez les immigrants	14
2.2.1.3. Revenu des immigrants	16
2.2.2. Facteurs de risque psychosociaux	19
2.2.2.1. Isolement social et solitude chez les immigrants	19
2.2.2.2. Stress d'acculturation	21
2.2.2.3. Barrières de la langue	23
2.2.3. Facteurs comportementaux	24
2.2.3.1. Niveau d'activité physique	24
2.2.3.2. Niveau de littératie alimentaire	25

2.2.4. Facteurs environnementaux	26
2.2.4.1. Rythme de vie trépidant de la société canadienne	26
2.2.4.2. Accessibilité et disponibilité accrue des aliments à forte densité énergétique	27
2.2.4.3. Enjeux liés à l'accessibilité et à la disponibilité des aliments ethniques	27
2.2.4.4. Influence des enfants et de l'environnement alimentaire scolaire	29
CHAPITRE 3 : SYNDROMES CORONARIENS AIGUS : DESCRIPTION, FACTEURS DE RISQUE ET FARDEAU ÉCONOMIQUE ET SANITAIRE AU QUÉBEC	31
3.1. Syndromes coronariens aigus	31
3.2. Infarctus du myocarde	32
3.2.1. Description et facteurs de risque	32
3.2.2. Fardeau économique et sanitaire au Québec	33
3.3. Angine de poitrine (Angor)	34
3.3.1. Description et facteurs de risque	34
3.3.2. Fardeau économique et sanitaire au Québec	36
3.4. Relation entre immigration et santé cardiovasculaire	37
CHAPITRE 4 : TRANSITION NUTRITIONNELLE ET SANTÉ CARDIOVASCULAIRE	39
4.1. Transition nutritionnelle, dysbiose intestinale et santé cardiovasculaire	39
4.1.1. Effets de la transition nutritionnelle sur le microbiote intestinal	39
4.1.2. Effets de la dysbiose intestinale sur la santé cardiovasculaire	41
4.2. Transition nutritionnelle et syndrome métabolique	43
4.2.1. Transition nutritionnelle et surcharge pondérale	43
4.2.2. Transition nutritionnelle et dyslipidémie	45
4.2.3. Transition nutritionnelle et dysglycémie	46
4.2.4. Transition nutritionnelle et hypertension artérielle	47
4.3. Syndrome métabolique et syndromes coronariens aigus	49
4.3.1. Portrait épidémiologique au Canada	49
4.3.2. Association entre syndrome métabolique et syndromes coronariens aigus	50
CHAPITRE 5 : ENJEUX LIÉS À L'INTÉGRATION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE DES PERSONNES IMMIGRANTES NON EUROPÉENNES ET À LA PROMOTION	

DES SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES AU QUÉBEC	53
5.1. Défis liés à l'intégration économique des immigrants	53
5.1.1. Reconnaissance des diplômes étrangers et de l'expérience professionnelle acquise hors Canada	54
5.1.2. Services de francisation	55
5.1.3. Services d'accompagnement et de soutien à la recherche d'emploi	58
5.2. Défis liés à l'intégration des immigrants à la vie sociale	60
5.2.1. Socialisation et rapprochement interculturel	60
5.3. Défis liés aux interventions en nutrition communautaire	63
5.3.1. Intervention en nutrition communautaire dans les CLSC et autres organismes communautaires	63
5.3.2. Banques alimentaires	68
5.4. Défis liés à la promotion de la saine alimentation auprès des communautés ethnoculturelles du Québec	71
5.4.1. Guide alimentaire canadien	72
5.4.2. Quelques programmes communautaires existants et les recommandations de santé publique	74
5.5. Forces et limites de l'étude	78
CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS	79
6.1. Axe d'intervention 1 : Améliorer l'intégration économique	79
6.2. Axe d'intervention 2 : Améliorer l'intégration sociale	80
6.3. Axe d'intervention 3 : Promouvoir les transitions nutritionnelles saines	80
6.3.1. Intervention en nutrition communautaire au Québec	80
6.3.2. Programmes de promotion de la saine alimentation au Québec	81
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	84
ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIEN	94
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	99
ANNEXE 3 : ARBRE DE CODES	103

Liste des tableaux

Tableau 1. Taux de surqualification selon le sexe et le temps écoulé depuis l'arrivée au Québec chez la population immigrante et la population née au Canada de 25 à 54 ans, Québec, 2020 (%)16

Tableau 2. Salaire hebdomadaire moyen selon le sexe et le temps écoulé depuis l'arrivée au Québec chez la population immigrante et la population née au Canada, Québec, 2020 (\$ en dollars canadiens)18

Liste des figures

Figure 1. Cadre conceptuel montrant les relations entre la transition nutritionnelle, ses différents déterminants et les syndromes coronariens aigus7

Figure 2. Prévalence brute et nombre de cas prévalents des différentes maladies vasculaires à l'hôpital ou en ambulatoire chez les personnes âgées de 20 ans et plus au Québec en 2015-201631

Liste des sigles

CI : Cardiopathies ischémiques

CLSC : Centre local de services communautaires

GMF : Groupe de médecine familiale

MCV : Maladies cardiovasculaires

MIFI : Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

SCA : Syndromes coronariens aigus

TN : Transition nutritionnelle

À ma chère et tendre épouse, pour son soutien indéfectible.
À ma fille Nouria, pour ses câlins si chaleureux.
À ma mère, pour son amour inconditionnel et ses précieux conseils.

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier mes directeurs de projet, Souleymane Diabaté et Maman Joyce Dogba, qui ont donné de leur temps pour assurer la supervision de ce projet. Leurs précieuses orientations et suggestions ont significativement contribué à mes réflexions et permis de bonifier continuellement ce travail.

Je tiens également à remercier chaleureusement l'équipe de l'organisme ACCÉSSS pour sa précieuse collaboration et son implication dans ce projet. Je pense spécialement à Mme Nina Meango qui m'a accompagné tout au long du projet. Ses précieux conseils et commentaires ainsi que son support ont grandement contribué à mon efficacité dans la rédaction de ce projet.

Je voudrais bien évidemment remercier tous les organismes qui ont participé à ce projet, mes collègues de la maîtrise en santé publique pour nos discussions pertinentes tant sur le contenu des cours que sur notre avenir en tant que futurs praticiens de la santé publique, ainsi que tous mes professeurs qui ont partagé avec moi une partie de leurs savoirs.

Enfin, un merci tout spécial à ma famille, à mes parents ainsi qu'à mes amis qui m'ont encouragé, soutenu et motivé tout au long de mes études de maîtrise.

INTRODUCTION

Le Canada est le pays qui, proportionnellement à la taille de sa population, accueille le plus grand nombre d'immigrants à travers le monde (May, 2022). En 2019, les immigrants représentaient environ 20,6% de la population totale canadienne (May, 2022). Les décideurs politiques canadiens considèrent que l'immigration constitue une stratégie essentielle pour le développement économique et la croissance démographique du pays (Sanou & al., 2014). Le Québec accueille quant à lui plus de 50 300 immigrants en moyenne chaque année et le poids démographique des immigrants dans la province ne cesse d'augmenter depuis la fin des années 1990 (Institut de la statistique du Québec, 2023 ; Sercia & al., 2018). En 2022, le nombre d'immigrants admis dans la province a atteint un niveau record d'environ 68 700 personnes alors qu'il était de 50 300 nouveaux immigrants en 2021 (Institut de la statistique du Québec, 2023). Bien que présentant généralement un meilleur état de santé à leur arrivée dans le pays d'accueil, les immigrants sont souvent confrontés à divers enjeux liés au processus d'intégration et susceptibles d'accroître le risque de développer par la suite des maladies chroniques, notamment les cardiopathies ischémiques (Lu & Ng, 2019 ; Adjei & al., 2020 ; Sia & al., 2019).

Au Québec, les cardiopathies ischémiques (CI) comprenant notamment les syndromes coronariens aigus (SCA) représentent un enjeu majeur de santé publique et un fardeau social, économique et sanitaire considérable (Blais & Rochette, 2015; Roy & al., 2021 ; Villeneuve & al., 2022 ; Boisclair & al., 2016). En effet, les cardiopathies ischémiques présentent la prévalence et l'incidence les plus importantes parmi les pathologies cardiovasculaires dans la province de Québec (Roy & al., 2021 ; Blais & Rochette, 2015; Blais & Rochette, 2018). En 2012-2013, plus de 593 000 Québécois âgés de 20 ans et plus vivaient avec une cardiopathie ischémique, ce qui représentait une prévalence brute d'environ 9,4% (Blais & Rochette, 2015). La prévalence des cardiopathies ischémiques pour la même période était d'environ 35% chez la population québécoise âgée de plus de 70 ans (Roy & al., 2021). Plus de 30 000 personnes âgées de 20 ans et plus présentant des antécédents de maladie coronarienne, notamment l'angor et l'infarctus aigu du myocarde, sont décédées entre 2012-2013 (Blais & Rochette, 2015). En 2015-2016, la prévalence brute des cardiopathies ischémiques était de 7,5% chez les personnes âgées de 20 ans et plus à l'hôpital ou en ambulatoire (Blais & Rochette, 2018).

Au sein des communautés migrantes du Québec et du Canada, la fréquence des maladies cardiovasculaires (MCV) et d'autres maladies chroniques varie en fonction du temps écoulé depuis l'arrivée au pays et de l'ethnicité (Lu & Ng, 2019 ; Adjei & al., 2020 ; Osypuk & al., 2015 ; Poirier, 2012 ; Lacey & al., 2021). En effet, elle semble être beaucoup plus élevée chez les immigrants établis et la population née au Canada que chez les immigrants récents, particulièrement les non européens (Lu & Ng, 2019 ; Adjei & al., 2020 ; Osypuk & al., 2015 ; Sanou & al., 2014; Lane & Vatanparast, 2023). Les immigrants établis sont ceux dont la durée de séjour au Québec est de 5 ans ou plus, tandis que les immigrants récents représentent ceux dont la durée de séjour est inférieure à 5 ans. Les données soutiennent que la différence dans l'état de santé de ces deux groupes de population est attribuable à un effet protecteur présent chez les immigrants récents et qui découle des politiques canadiennes rigoureuses de sélection de nouveaux immigrants (Vang & al., 2015; Lu & Ng, 2019; Adjei & al., 2020 ; Sanou & al., 2014). Cet effet protecteur appelé « effet de l'immigrant en bonne santé » a toutefois tendance à s'amenuiser rapidement à mesure que la durée de séjour augmente, en particulier chez les immigrants non européens c'est-à-dire de culture non occidentale, en raison, notamment, de la transition nutritionnelle (TN) (Sercia & al., 2018; Sanou & al., 2014; Stone, 2017; Lane & Vatanparast, 2023). Cette transition nutritionnelle est influencée par divers facteurs socio-économiques, psychosociaux, comportementaux et environnementaux résultant des lacunes liées à l'accueil et à l'intégration des nouveaux immigrants ainsi qu'aux actions visant la promotion des saines habitudes alimentaires (Sanou & al., 2014; Lane & Vatanparast, 2023; Adjei & al., 2020 ; Sercia & al., 2018; Girard & al., 2016; Stone, 2017; Schultz & al., 2018). De ce fait, elle semble être associée à une dégradation progressive de la santé cardiovasculaire des immigrants, pouvant résulter en un fardeau supplémentaire tant sur le plan social et économique que sur le système de santé (Osypuk & al., 2015 ; Adjei & al., 2020 ; Boisclair & al., 2016; Sercia & al., 2018; Sanou & al., 2014;). Ainsi, à mesure que le poids démographique de la population immigrante au Québec continue d'augmenter, l'impact négatif sur le système de santé devrait également augmenter (Sanou & al., 2014). Pour aider à atténuer ce fardeau sur le système de santé et la société en général, il paraît alors pertinent d'envisager le renforcement et la mise sur pied de programmes d'accueil et d'intégration, de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins en matière de santé nutritionnelle des immigrants (Sanou & al., 2014; Sercia & al., 2018; Stone, 2017). En effet, il existe au Québec et au Canada des

programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la saine alimentation. Toutefois, certaines études suggèrent que la majorité de ces programmes semblent peu adaptés aux besoins en matière de santé des communautés migrantes de plus en plus diversifiées (Stone, 2017 ; Battaglini & al., 2014 ; Sercia & al., 2018). Ce projet vise à combler cette lacune par l'élaboration de recommandations visant le renforcement des programmes de prévention primaire axés sur des bonnes pratiques en matière d'intégration sociale et économique et de transition nutritionnelle saine et ce, afin de prévenir la dégradation de la santé cardiovasculaire des immigrants et ainsi prolonger le pouvoir protecteur de l'effet de l'immigrant en bonne santé. De cette façon, il sera possible de les maintenir en meilleure santé plus longtemps et maximiser leur apport social, économique et démographique à la société québécoise.

Ce projet d'intervention s'inscrit parfaitement dans un dispositif de santé mondiale. Il s'inscrit également dans deux des grandes fonctions de la santé publique au Québec, à savoir, la prévention des problèmes de santé et la promotion de la santé. La thématique du projet est en outre axée sur une approche populationnelle, car les recommandations qui y sont formulées permettront d'agir efficacement sur certains déterminants de la santé cardiovasculaire des communautés migrantes non européennes du Québec. Il s'adresse donc aux intervenants communautaires, aux nutritionnistes et autres professionnels du réseau de santé communautaire, aux responsables des programmes de promotion de la santé ainsi qu'à toutes les personnes préoccupées par les questions de santé publique et les politiques d'intégration des immigrants.

Le présent travail comporte six chapitres. Une introduction précédant le premier chapitre met en contexte la thématique et présente brièvement la problématique. Ensuite, un premier chapitre qui présente les objectifs du projet et la démarche méthodologique. Le deuxième chapitre traite de la transition nutritionnelle et de ses déterminants en contexte migratoire. Un troisième chapitre est consacré à la description des syndromes coronariens aigus, de leurs facteurs de risque et du fardeau qu'ils représentent sur le plan économique et sanitaire ainsi qu'à la description des relations complexes entre l'immigration et la santé cardiovasculaire. Le quatrième chapitre traite des mécanismes physiopathologiques impliqués dans l'association entre la transition nutritionnelle et la santé cardiovasculaire des immigrants. Dans le cinquième chapitre, nous identifions les enjeux liés à l'intégration sociale et économique des immigrants, aux programmes d'intervention

nutritionnelle communautaire ainsi qu'aux programmes de promotion de saines habitudes alimentaires au Québec. Nous présentons également et interprétons les résultats de nos entretiens avec les intervenants communautaires et les professionnels du réseau de santé communautaire. Enfin, le sixième et dernier chapitre est consacré à la formulation des recommandations visant le renforcement des programmes de prévention et de promotion en santé nutritionnelle et métabolique.

CHAPITRE 1 : OBJECTIFS ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

1.1. Objectifs du projet

L'objectif général de ce projet d'intervention est de mieux comprendre la transition nutritionnelle et ses relations avec ses différents déterminants et les syndromes coronariens aigus chez les immigrants non européens du Québec afin d'élaborer des recommandations appropriées visant l'amélioration de leur santé nutritionnelle et métabolique. Plus précisément, ce projet poursuit les objectifs spécifiques ci-après :

- Décrire la transition nutritionnelle et ses déterminants et examiner ses effets sur la santé cardiovasculaire à travers une revue narrative de la littérature ;
- Analyser les programmes et services d'intégration sociale et économique, d'intervention en nutrition communautaire ainsi que des programmes visant la promotion d'actions en matière de saines habitudes alimentaires destinés aux nouveaux arrivants afin de dresser un portrait des lacunes et des possibilités d'amélioration, et ce, à l'aide d'entretiens semi-directifs ;
- Élaborer des recommandations visant le renforcement des programmes de prévention primaire axés sur des bonnes pratiques en matière d'intégration sociale et économique ainsi que de promotion des transitions nutritionnelles saines ciblant les populations migrantes non européennes du Québec et adaptés à leurs besoins en matière de santé nutritionnelle.

1.2. Démarche méthodologique

1.2.1. Cadre conceptuel : modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial à partir duquel les données de l'étude sont analysées, a été proposé par George Engel vers la fin des années 1970 (Bolton, 2020). Il s'agit d'un modèle théorique et d'intervention qui a été proposé pour pallier les lacunes du modèle biomédical principalement axé sur les mécanismes biologiques sans tenir compte d'autres dimensions (Bolton, 2020). Le modèle biopsychosocial considère en effet la santé ou les

problèmes de santé comme résultant de multiples interactions complexes entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, comportementaux et environnementaux (Bolton, 2020; Houppe, 2017; Barral, 2007).

Dans le cadre de ce projet d'intervention, les déterminants de la transition nutritionnelle, les facteurs de risque des syndromes coronariens aigus, les mécanismes par lesquels la transition nutritionnelle affectent la santé cardiovasculaire ainsi que les programmes et services d'intégration sociale et économique de même que les programmes de promotion de la santé, sont analysés sous un angle biopsychosocial où sont pris en compte les facteurs biologiques, psychosociaux, socio-économiques, comportementaux et environnementaux. En effet, divers facteurs psychosociaux, socio-économiques, comportementaux et environnementaux résultant des lacunes dans l'accueil et l'intégration des immigrants agissent comme déterminants de la transition nutritionnelle chez les nouveaux arrivants et cette transition nutritionnelle affecte quant à elle la santé cardiovasculaire de ces immigrants par le biais de divers mécanismes biologiques (Sanou & al., 2014; Lane Vatanparast, 2023; Girard & Sercia, 2014; Sercia & al., 2018; Girard & al., 2016; Houppe, 2017). Les relations entre la transition nutritionnelle, ses différents déterminants et les syndromes coronariens aigus sont illustrées dans la figure 1.

Le modèle biopsychosocial s'applique généralement bien à l'étude d'un large éventail de problématiques de santé (Houppe, 2017). De nombreuses preuves dans la littérature soutiennent que ce modèle s'applique particulièrement bien à l'étude des pathologies cardiovasculaires (Houppe, 2017). Outre son importance dans l'étude des maladies cardiovasculaires, ce modèle est également pertinent dans l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations visant la prévention cardiovasculaire (Houppe, 2017). En dépit de ses nombreuses forces, le modèle biopsychosocial comme cadre théorique et d'intervention présente certaines limites. En effet, l'élargissement des concepts pertinents en matière de santé cardiovasculaire aux autres dimensions non biomédicales pose un sérieux défi (Berquin, 2010). Étant donné la nature quelquefois subjective des expériences relevant de ces autres dimensions, en particulier la dimension psychosociale, il est souvent difficile de les évaluer ou de les quantifier correctement (Berquin, 2010). Une autre limite de ce modèle réside dans l'intégration de la dimension biologique à d'autres dimensions (Berquin, 2010). Le modèle biopsychosocial tend, en effet, à juxtaposer les différents facteurs pris en compte en lieu et place de les intégrer (Berquin, 2010). Malgré

ses limites, ce modèle demeure le cadre conceptuel et/ou d'intervention le plus pertinent pour élaborer et mettre en œuvre des recommandations appropriées visant une approche holistique en prévention cardiovasculaire (Houpe, 2017).

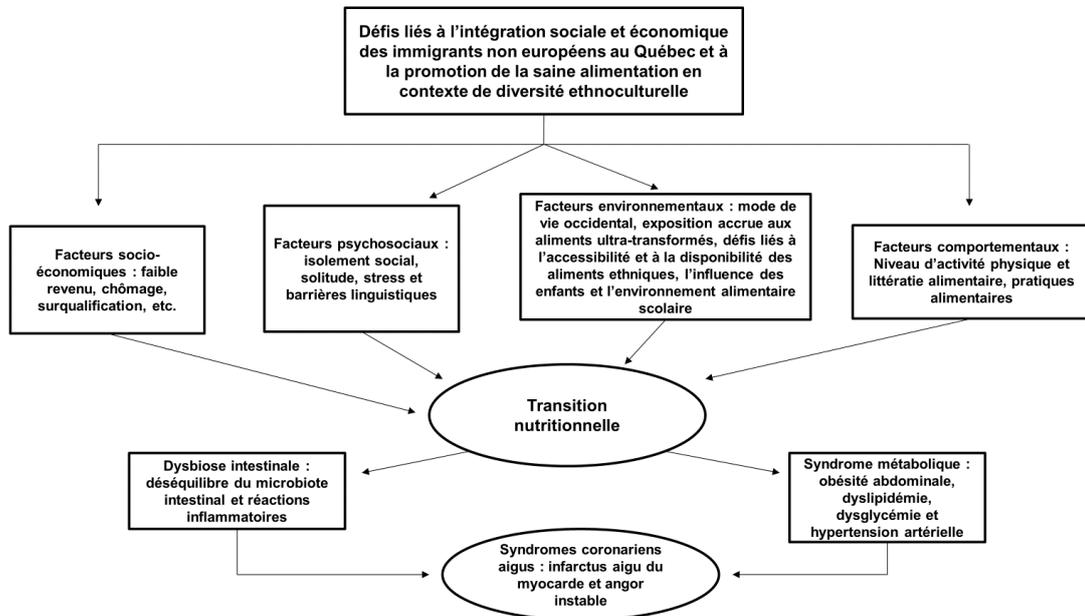


Figure 1. Cadre conceptuel montrant les relations entre la transition nutritionnelle, ses différents déterminants et les syndromes coronariens aigus. Élaboré par Ghislain Kasenda (2023) en s'inspirant du modèle biopsychosocial

1.2.2. Milieu d'intervention

L'organisme ACCÉSSS (Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux), créé en 1984, est un regroupement de 137 organismes communautaires québécois qui a pour mission de représenter les intérêts des communautés ethnoculturelles auprès des instances décisionnelles en matière de santé et de services sociaux. Au fil des années, ACCÉSSS a développé une expertise en santé publique en favorisant le développement et le partage de connaissances en matière d'accessibilité aux services publics, incluant le secteur de la santé et des services sociaux. Comme de nombreux acteurs du réseau de la santé et communautaire, ACCÉSSS est fortement préoccupé par la question relative aux risques accrus de développer une maladie cardiovasculaire chez les populations migrantes après l'établissement au Québec. Ce projet s'inscrit dans une démarche visant à répondre à cette préoccupation d'ACCÉSSS et à formuler des recommandations pour sa clientèle et ses partenaires.

1.2.3. Revue de littérature

Une revue de littérature a été effectuée dans les bases de données bibliographiques, Medline via Pubmed, PsycInfo et Google scholar, concernant la transition nutritionnelle et ses déterminants, les syndromes coronariens aigus ainsi que leur relation avec la transition nutritionnelle. Dans les trois bases de données bibliographiques interrogées, les mots clés suivants ont été utilisés : transition nutritionnelle/nutrition transition, acculturation alimentaire/dietary acculturation, effet de l'immigration en bonne santé/health immigrant effect, cardiopathies ischémiques/ischemic heart disease, syndromes coronariens aigus/acute coronary syndromes, santé nutritionnelle/nutrition healthy, immigrants, dysbiose intestinale/Gut dysbiosis, syndrome métabolique/metabolic syndrom, stress d'acculturation/acculturation stress, isolement social et solitude/social isolation and loneliness. Ces mots-clés ont été introduits dans les moteurs de recherche appropriés les uns après les autres. Cent sept articles pertinents ont ainsi été identifiés. Quarante-quatre de ces articles ont été récupérés et inclus dans l'étude. Les articles inclus étaient ceux publiés entre 2005 et 2023, rédigés en français ou en anglais et fondés en grande partie sur des données canadiennes, américaines ou européennes. Une recherche a également été effectuée via Google pour obtenir des données canadiennes relatives aux différentes thématiques abordées dans le projet, dont certains enjeux relatifs à l'intégration et à l'acculturation des immigrants. Cette revue de littérature purement narrative a été effectuée principalement afin de décrire la transition nutritionnelle, ses déterminants et ses effets sur la santé cardiovasculaire.

1.2.4. Analyse qualitative

Une analyse qualitative des services communautaires d'intégration des immigrants ainsi que des programmes et services communautaires et publics d'intervention en nutrition communautaire et de promotion de la saine alimentation a également été effectuée. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le chapitre 5.

1.2.4.1. Population cible et échantillonnage

Notre population cible était constituée des intervenants communautaires et professionnels du réseau de santé communautaire offrant des services d'intégration, de nutrition et de

promotion de saines habitudes de vie aux communautés ethnoculturelles des quatorze villes d'accueil des nouveaux arrivants définies par le Ministère de l'Immigration, Francisation et Intégration. Pour recruter les participants au projet, vingt invitations ont été envoyées aux intervenants préalablement sélectionnés par l'étudiant responsable du projet. Dix invitations ont été envoyées aux organismes communautaires d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, cinq aux nutritionnistes du réseau de la santé communautaire et en pratique privée, quatre aux agents de promotion et de prévention en saines habitudes de vie du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas Saint-Laurent et une à un médecin de famille du CLSC. De ce nombre, neuf ont répondu aux invitations et seulement six intervenants et professionnels ont accepté de participer à l'étude. Les principales raisons du refus de participation étaient le manque de temps (35%) et l'absence de réponse (65%). La majorité des intervenants qui ont accepté de participer à l'étude étaient de Montréal, tandis que les deux intervenants d'organismes communautaires d'accueil et d'intégration des immigrants étaient respectivement de Gatineau et de Québec. Ainsi, six entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués avec des intervenants du réseau communautaire et des professionnels de la santé afin de mieux cerner les enjeux liés d'une part à l'intégration sociale et économique des immigrants et d'autre part à la promotion de la saine alimentation auprès des communautés migrantes. Afin de structurer la collecte de données, trois guides d'entretien (annexe 1) ont été élaborés en fonction des objectifs de l'étude, des thématiques identifiées dans la revue de littérature et du domaine d'expertise des participants. Notre échantillon était constitué de deux intervenants du service d'accueil et d'installation de deux organismes communautaires (Accueil-Parrainage Outaouais et Centre Multiethnique de Québec), d'un médecin de famille du Centre local de services communautaires (CLSC) de Parc-Extension à Montréal, d'une nutritionniste du CLSC de Parc-Extension, d'une nutritionniste du dispensaire diététique de Montréal et d'une nutritionniste en pratique privée. Ces intervenants et professionnels ont été recrutés en collaboration avec l'organisme ACCÉSSS à partir des listes de contact en utilisant la technique d'échantillonnage par choix raisonné. La technique d'échantillonnage par choix raisonné a été utilisée afin de permettre au chercheur d'exercer son jugement sur le choix des participants aptes à fournir l'information pertinente (Fortin, 2010). Les critères de sélection des participants étaient donc les suivants : 1) intervenir directement auprès des personnes migrantes non occidentales et 2) travailler dans l'une ou l'autre des quatorze villes d'accueil des nouveaux arrivants définies par le Ministère de

l'Immigration, Francisation et Intégration. Nos participants provenaient de trois villes d'accueil : Montréal, Québec et Gatineau. De plus, la sélection des participants a été réalisée de manière à obtenir un échantillon diversifié sur le plan culturel c'est-à-dire des participants de diverses origines ethnoculturelles. Les six participants de l'échantillon final étaient de diverses origines ethnoculturelles.

S'agissant d'un projet d'intervention, il n'a pas été nécessaire de solliciter l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche. Toutefois, diverses mesures ont été mises en œuvre afin d'assurer le respect des droits des participants, leur anonymat ainsi que la confidentialité des données récoltées. Ces mesures sont décrites brièvement dans le formulaire de consentement signé par les participants dont on pourrait trouver une copie en annexe 2.

1.2.4.2. Analyse de contenu thématique avec Nvivo14 QSR

L'ensemble des données collectées lors de ces entretiens semi-dirigés ont été analysées par la méthode d'analyse de contenu avec le logiciel Nvivo14 QSR suivant une démarche hypothético-déductive. La démarche hypothético-déductive a permis d'effectuer l'analyse de contenu à partir d'un arbre de codes (annexe 3) construit à partir de l'analyse aléatoire de trois entretiens appartenant chacun à une des trois catégories et appliqué à l'ensemble du corpus d'entretiens (Fortin, 2010). L'analyse de contenu thématique réalisée avec le logiciel Nvivo14 QSR s'est articulée autour de neuf thématiques principales présentes dans le corpus d'entretiens et abordant les enjeux liés à l'accompagnement à l'intégration sociale et économique des personnes migrantes, aux interventions nutritionnelles communautaires et aux programmes de promotion de la saine alimentation. Ainsi, les défis nutritionnels et l'environnement alimentaire, les défis psychosociaux, les défis socio-économiques, les facteurs de risque comportementaux, l'intervention nutritionnelle communautaire, l'intégration sociale, l'intégration économique, les problèmes de santé et la promotion de la saine alimentation constituent les neuf thématiques principales analysées. En outre, les six entretiens ayant fait l'objet de notre analyse ont été classés en trois principales catégories (attributs) : entretiens avec des agents communautaires d'intégration, entretiens avec des nutritionnistes et entretiens avec un médecin du CLSC-GMF (Groupe de médecine de famille). De ce fait, l'objectif

de l'analyse de contenu était de comparer ces neuf principales thématiques en fonction de ces trois attributs.

En ce qui concerne la codification, nous avons procédé d'emblée à une lecture attentive des verbatim de trois entretiens appartenant chacun à un des attributs susmentionnés afin de mettre en évidence les thématiques et sous-thématiques pertinentes à l'élaboration de notre arbre de codes. Nous avons ensuite procédé à la codification de tous les entretiens. Des modifications ont par ailleurs été apportées à l'arbre de codes au fur et à mesure du processus de codification afin d'assurer une analyse complète et adéquate.

CHAPITRE 2 : TRANSITION NUTRITIONNELLE ET SES DÉTERMINANTS

2.1. Transition nutritionnelle

En contexte migratoire, la transition nutritionnelle renvoie au passage d'une alimentation traditionnelle vers une alimentation plus occidentalisée caractérisée par la consommation d'aliments ultra-transformés, riches en glucides, en matières grasses, en protéines et en sel (Sanou & al., 2014; Batal & al., 2018; Lane & Vatanparast, 2023). Elle fait ainsi référence à une série de changements opérés par les nouveaux arrivants, en particulier les non européens, dans la plupart des dimensions de leurs pratiques alimentaires et culinaires, à mesure que la durée de séjour au Québec se prolonge (Girard & Sercia, 2014). Divers travaux soutiennent que le fardeau des maladies chroniques liées à l'acculturation alimentaire, dont les maladies cardiovasculaires, augmente généralement chez les immigrants après l'établissement au Canada (Blanchet & al., 2018 ; Sanou & al., 2014). En effet, Sanou et al. (2014) suggèrent qu'il existe des associations positives entre le niveau d'acculturation alimentaire des immigrants et les facteurs de risque de maladies chroniques. L'acculturation alimentaire fait référence au processus par lequel les immigrants adoptent des nouvelles pratiques alimentaires à la suite de contacts culturels avec le pays d'accueil (Blanchet & al., 2018). Stone (2017) mentionne par ailleurs que l'acculturation alimentaire est non seulement un processus inévitable, mais aussi et surtout essentiel. Toutefois, elle pose des défis sur le plan de la santé lorsque les immigrants intègrent dans leurs régimes traditionnels des aliments occidentaux ultra-transformés ou des aliments prêts à consommer ou encore des repas rapides (Stone, 2017). Bien que la transition nutritionnelle puisse accroître le risque de développer des maladies chroniques, elle semble toutefois représenter un facteur protecteur contre certaines carences nutritionnelles, comme les carences en fer ou en calcium (Sanou & al., 2014). Sanou et al. (2014) mentionnent par ailleurs l'existence des lacunes importantes liées aux données canadiennes relatives à la santé nutritionnelle des immigrants, aux modifications alimentaires en contexte migratoire, ainsi qu'aux facteurs influençant l'acculturation alimentaire et les transitions nutritionnelles. Ces lacunes limitent le développement de pratiques, d'interventions et de politiques appropriées en matière de prévention et de promotion de la santé pouvant aider à atténuer le fardeau des maladies liées à la transition nutritionnelle (Sanou & al., 2014).

En dépit de ces lacunes, certaines études permettent de mettre en évidence l'existence de divers facteurs socio-économiques, psychosociaux, comportementaux et environnementaux associés aux transitions nutritionnelles (Blanchet & al., 2018 ; Sercia & al., 2018 ; Sanou & al., 2014; Lane & Vatanparast, 2023). Ces différents déterminants de la transition nutritionnelle agissent soit isolément, soit en association pour induire des transitions nutritionnelles malsaines chez les personnes immigrantes.

2.2. Déterminants de la transition nutritionnelle

2.2.1. Facteurs socio-économiques

Le statut socio-économique (SSE) contribue significativement aux transitions nutritionnelles et sanitaires chez les populations migrantes (Sanou & al., 2014 ; Stone, 2017). Des données suggèrent qu'un faible niveau d'instruction, un faible niveau de revenu, ainsi qu'un statut d'emploi précaire sont associés à un risque accru de transition nutritionnelle (Blanchet & al., 2018 ; Stone, 2017 ; Sanou & al., 2014 ; Girard & Sercia, 2014).

2.2.1.1. Niveau de scolarité des immigrants

Les personnes immigrantes présentent un niveau de scolarité plus élevé que celui des personnes nées au Québec (Posca, 2016 ; Levert & Fakhoury, 2021). Contrairement au niveau de revenu, les données indiquent très peu de disparités en matière d'instruction entre les femmes et les hommes immigrants (Posca, 2016). Par ailleurs, les femmes immigrantes présentent des niveaux de scolarité plus élevés que ceux des femmes natives de la province de Québec (Posca, 2016). L'augmentation des seuils d'immigration économique au Canada et au Québec a contribué à faire progresser les niveaux de scolarité des populations migrantes (Posca, 2016). En effet, le Québec reçoit un nombre relativement important d'immigrants dans les catégories économiques, notamment les futurs travailleurs, les entrepreneurs ou les investisseurs (Posca, 2016). Les personnes immigrantes appartenant à ces catégories économiques présentent généralement un niveau de scolarité élevé, comparativement à la population native, et la grande majorité d'entre elles maîtrisent également le français (Posca, 2016). En 2015, ces immigrants économiques provenaient pour la plupart des régions non occidentales, ce qui n'était pas

le cas vers la fin du 20^e siècle où près de 48,1% de la population migrante québécoise provenait des pays européens (Posca, 2016).

En dépit des niveaux de scolarité élevés des populations migrantes du Québec, le taux de chômage chez les immigrants en 2019-2020 était plus élevé que celui de la population née au Canada pour tous les niveaux de scolarité (Levert & Fakhoury, 2021). Les personnes immigrantes bien que généralement instruites sont toutefois confrontées à des défis de surqualification professionnelle ainsi qu'à des emplois précaires ou peu rémunérés (Posca, 2016). Ces défis conduisent à des contraintes financières et de temps pouvant entraîner des transitions nutritionnelles malsaines (Sanou & al., 2014; Girard & Sercia, 2014; Blanchet & al., 2018 ; Stone, 2017).

2.2.1.2. Portrait de l'emploi chez les immigrants

Au moment de s'insérer dans la vie économique québécoise, les immigrants sont confrontés à divers obstacles qui limitent les chances d'obtenir un emploi correspondant à leur qualification et à leur expérience (Posca, 2016 ; Malambwe, 2017). Les contraintes liées à la reconnaissance des diplômes étrangers et de l'expérience acquise à l'étranger, les barrières linguistiques, les pratiques discriminatoires et le racisme font partie de quelques-uns de ces obstacles rencontrés par les immigrants (Posca, 2016 ; Malambwe, 2017 ; Castro & Villeneuve, 2019). Par conséquent, ils sont généralement désavantagés en ce qui concerne la participation au marché du travail, tant sur le plan du taux d'emploi que de la qualité de l'emploi (Malambwe, 2017 ; Posca, 2016). Ces inégalités en termes de participation au marché du travail sont plus prononcées chez les femmes immigrantes (Castro & Villeneuve, 2019 ; Posca, 2016 ; Giroux & al., 2011). Les immigrants du Québec affichent des taux d'emploi plus élevés que ceux des immigrants du reste du Canada (Levert & Fakhoury, 2021). En 2020, le taux d'emploi au Québec pour les personnes immigrantes était de 60,5%, contre environ 56,7% pour les autres immigrants canadiens (Levert & Fakhoury, 2021). Le taux d'emploi des immigrants au Québec a toutefois diminué puisqu'il était de 63,1% en 2019 (Levert & Fakhoury, 2021). Le taux de chômage chez les immigrants au Québec a significativement augmenté en 2019-2020, passant de 7% à 10,7% (Levert & Fakhoury, 2021). De plus, le taux de chômage chez la population migrante du Québec en 2020 (10,7%) était significativement plus élevé que chez la population née au Canada (8,3%) (Levert & Fakhoury, 2021). Au sein des

populations migrantes, les écarts en matière de participation au marché du travail varient en fonction de la durée de séjour au Québec (Levert & Fakhoury, 2021 ; Posca, 2016). Les immigrants récents affichent généralement des taux d'emploi plus faibles que les immigrants établis (Levert & Fakhoury, 2021 ; Posca, 2016). En 2020, le taux d'emploi chez les immigrants récents âgés de 15 à 64 ans était de 58,8% contre 70,8% chez les immigrants établis (Levert & Fakhoury, 2021). De nombreuses personnes immigrantes sont également en situation de surqualification professionnelle, car elles occupent habituellement des emplois ne correspondant pas à leur niveau de scolarité (Levert & Fakhoury, 2021 ; Malambwe, 2017 ; Posca, 2016). Les données récentes montrent que le taux de surqualification de la population québécoise générale était de 28,9% en 2020 (Levert & Fakhoury, 2021). Chez les immigrants, ce taux de surqualification (42,6%) était plus élevé que chez la population née au Canada (24,9%) (Levert & Fakhoury, 2021). En 2020, les femmes immigrantes au Québec affichaient un taux de surqualification (43%) légèrement supérieur à celui des hommes immigrants (42,2%) (Levert & Fakhoury, 2021). Ces taux de surqualification sont plus élevés chez les immigrants récents (Posca, 2016). En 2020, plus de 52,4% des immigrants récents occupaient en effet un emploi pour lequel ils étaient surqualifiés, contre 38,3% des immigrants de très longue date (Levert & Fakhoury, 2021). Le tableau 1 montre parfaitement les disparités dans les taux de surqualification chez les immigrants et le reste de la population québécoise. Les immigrants sont également plus nombreux à occuper des emplois de faible qualité, particulièrement les femmes immigrantes (Malambwe, 2017 ; Posca, 2016 ; Castro & Villeneuve, 2019).

Tableau 1. Taux de surqualification selon le sexe et le temps écoulé depuis l'arrivée au Québec chez la population immigrante et la population née au Canada de 25 à 54 ans, Québec, 2020 (%)

	Hommes	Femmes
Immigrants récents (5 ans et moins)	47,2%	59,0%
Immigrants établis (5 à 10 ans)	45,3%	46,9%
Immigrants de très longue date (plus de 10 ans)	39,4%	37,1%
Population née au Canada	23,8%	26,0%

SOURCE Levert, A. & Fakhoury, L. (2021). Les personnes immigrantes et le marché du travail québécois 2020. Direction de la planification de l'immigration et des analyses économiques, Ministère de l'Immigration, Francisation et Intégration. Tableau adapté par l'auteur

Le taux de chômage élevé des immigrants ainsi que la faible qualité des emplois qu'ils occupent généralement au pays augmentent significativement les risques de transition nutritionnelle (Sia & al., 2019; Sanou & al., 2014; Stone, 2017). Des données suggèrent que l'alimentation traditionnelle des immigrants sans emploi ou occupant un emploi précaire semble évoluer très rapidement peu de temps après l'arrivée au pays vers une alimentation d'une part plus riche en sucre, en gras saturés et en gras transformés, et d'autre part plus pauvre en fruits, légumes et fibres (Sia & al., 2019; Girard & Sercia, 2014). Un statut d'emploi précaire chez l'immigrant semble être associé à une réduction de l'accessibilité à des aliments sains en quantité et en qualité, ce qui est susceptible de conduire à une mauvaise alimentation et augmenter ainsi le risque de développer des maladies cardiovasculaires (Sia & al., 2019 ; Blanchet & al., 2018).

2.2.1.3. Revenu des immigrants

En 2020, le revenu hebdomadaire moyen des personnes immigrantes (983,31\$) était inférieur à celui de la population née au Canada (1011,29\$) (Levert & Fakhoury, 2021). Toutefois, les données provenant du Ministère de l'Immigration, Francisation et

Intégration indiquent que le revenu moyen des immigrants a connu une importante hausse (+8,7%), comparativement à celui des personnes nées au Canada (+6,2%) (Levert & Fakhoury, 2021). Cette croissance significative du revenu moyen des immigrants a permis la réduction des inégalités salariales, de 5,2% en 2019 à 2,8% en 2020 (Levert & Fakhoury, 2021). En dépit de la forte croissance observée ces dernières années, le revenu moyen ou médian des immigrants reste toutefois en-deçà de celui de la population née au Canada (Levert & Fakhoury, 2021 ; Posca, 2016). Au sein des populations migrantes, les données gouvernementales récentes indiquent une réduction des inégalités salariales entre les femmes immigrantes et les hommes immigrants du Québec (Levert & Fakhoury, 2021). En 2019-2020, on a observé une croissance du revenu hebdomadaire moyen des femmes immigrantes bien supérieure à celle des hommes immigrants, quelle que soit la durée de résidence au Québec (Levert & Fakhoury, 2021). Par ailleurs, des disparités de revenu sont observées entre immigrants récents et immigrants établis (Posca, 2016 ; Levert & Fakhoury, 2021). En 2020, comme le montre le tableau 2, le revenu hebdomadaire moyen des immigrants récents était significativement inférieur à celui des immigrants établis (Levert & Fakhoury, 2021). On remarque que le revenu des personnes immigrantes tend généralement à s'améliorer au fur et à mesure que le séjour au Québec se prolonge (Posca, 2016 ; Levert & Fakhoury, 2021). Il tend ainsi à se rapprocher au fil des années de celui des personnes nées au pays (Posca, 2016). Les immigrants récents sont particulièrement plus nombreux à vivre sous le seuil du faible revenu (Posca, 2016). En 2019, le ratio de faible revenu était plus élevé chez les immigrants (10,7%) que chez les non-immigrants (9,1%) (Institut de la statistique du Québec, 2022). En outre, le taux moyen de faible revenu observé chez les personnes immigrantes varie énormément en fonction de divers facteurs, entre autres, le niveau de scolarité, le pays ou la région d'origine, le sexe et l'âge des personnes (Posca, 2016).

Tableau 2. Salaire hebdomadaire moyen selon le sexe et le temps écoulé depuis l'arrivée au Québec chez la population immigrante et la population née au Canada, Québec, 2020 (\$ en dollars canadiens)

	Hommes	Femmes
Immigrants récents (5 ans et moins)	947,24	811,34
Immigrants établis (5 à 10 ans)	1 060,02	904,42
Immigrants de très longue date (plus de 10 ans)	1 080,51	929,42
Population née au Canada	1 107,96	911,85

SOURCE Levert, A. & Fakhoury, L. (2021). Les personnes immigrantes et le marché du travail québécois 2020. Direction de la planification de l'immigration et des analyses économiques, Ministère de l'Immigration, Francisation et Intégration. Tableau adapté par l'auteur

Les contraintes financières découlant de la précarité des revenus des immigrants ont des conséquences psychologiques, sociales et surtout nutritionnelles importantes chez une proportion considérable des immigrants (Girard & Sercia, 2014). Sur le plan nutritionnel, ces contraintes financières ont particulièrement des répercussions sur l'approvisionnement alimentaire (Girard & Sercia, 2014). L'étude de Girard et Sercia (2014) montre que plus de 39% des immigrants ont des difficultés à se procurer certains aliments essentiels au maintien d'une saine alimentation, tels que les poissons, les fruits et les légumes frais de bonne qualité et ce, en raison de limitations financières (Girard & Sercia, 2014). Ces limitations financières ont des effets non seulement sur la quantité et la qualité des aliments achetés, mais aussi et surtout sur les manières de se procurer ces aliments (Girard & Sercia, 2014). L'étude de Sercia et al. (2018) montre d'une part que peu de temps après l'arrivée au Québec, plus de 25% des immigrants consomment moins de fruits, de légumes, de légumineuses et de produits laitiers, et 43% de ces immigrants consomment moins de produits de la mer. D'autre part, les données de l'étude montrent que la consommation des produits alimentaires réputés nocifs pour la santé augmente chez les immigrants peu de temps après l'installation au Québec (Sercia & al., 2018). Plus de 30% des immigrants récents consomment davantage de viande rouge, 40%

consomment plus de desserts (mets sucrés), 35% consomment plus de croustilles et 33% consomment plus de boissons gazeuses sucrées (Sercia & al., 2018). L'étude de Girard et Sercia (2014) mentionne également que plus de 10% des immigrants vivraient en situation d'insécurité alimentaire. Une étude pancanadienne publiée en 2017 mentionne que faute de moyens financiers, les femmes immigrantes récentes renoncent généralement aux aliments frais et abordables, qu'elles remplacent par des produits alimentaires hautement transformés et financièrement plus accessibles (Stone, 2017). Toujours en raison de limitations financières, de nombreuses femmes immigrantes récentes se voient contraintes de compléter leur provision alimentaire avec des produits de basse qualité et de faible valeur nutritionnelle provenant de banques alimentaires (Stone, 2017). Le recours aux banques alimentaires peut toutefois s'avérer stigmatisant et intrusif pour nombre d'immigrants qui estiment par ailleurs que ces banques alimentaires ne tiennent généralement pas compte de la diversité culturelle des cuisines (Stone, 2017).

2.2.2. Facteurs de risque psychosociaux

De nombreuses preuves dans la littérature soutiennent que les immigrants, particulièrement les immigrants récents, vivent de manière disproportionnée la solitude et l'isolement social (Sanou & al., 2014). La solitude et l'isolement social représentent des facteurs de risque importants de transition nutritionnelle (Sanou & al., 2014). De plus, le stress acculturatif ainsi que d'autres enjeux liés à l'acculturation, tels que les barrières linguistiques peuvent contribuer significativement aux obstacles de communication, à l'insécurité financière ainsi qu'à des mauvaises habitudes alimentaires (Sanou & al., 2014; Stone, 2017).

2.2.2.1. Isolement social et solitude chez les immigrants

De nombreuses personnes immigrantes font face à l'isolement social et à la solitude à leur arrivée au Canada en raison, notamment de perturbations de leurs réseaux sociaux. Ces perturbations sont liées au processus migratoire, aux obstacles rencontrés lors de la création des nouvelles relations sociales, ainsi qu'à divers autres défis d'acculturation (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023). Bien que souvent utilisés de façon interchangeable, l'isolement social et la solitude représentent deux concepts distincts quoique interreliés. L'isolement social fait référence à une expérience objective

caractérisée par des contacts sociaux limités et de faible qualité, tandis que la solitude renvoie à une perception subjective désagréable caractérisée par un sentiment d'insatisfaction vis-à-vis des relations sociales entrevues par l'individu (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023). L'isolement social et la solitude sont significativement associés à des problèmes de santé physique et mentale (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023). En effet, ils représentent des facteurs de risque non négligeables des troubles mentaux, tels que le stress chronique, les troubles dépressifs ou encore les troubles anxieux (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023). Ils sont également associés aux maladies cardiovasculaires, à l'hypercholestérolémie, à l'hypertension artérielle, à une mortalité accrue et à des mauvaises habitudes alimentaires (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023; Sanou & al., 2014). L'âge, le sexe, les défis linguistiques, les différences culturelles, la discrimination et le racisme constituent des déterminants majeurs de l'isolement social chez les immigrants (Iovino & al., 2023). Les conditions, les circonstances et les caractéristiques à l'origine du sentiment de solitude varient d'une personne immigrante à une autre (Stick & al., 2021). En effet, certaines personnes semblent satisfaites de leurs interactions sociales en dépit de contacts sociaux limités, tandis que d'autres peuvent éprouver de la solitude alors qu'elles possèdent un vaste réseau social (Stick & al., 2021). Les données indiquent que les immigrants sont plus nombreux à vivre de l'isolement social et de la solitude, en comparaison aux personnes nées au Canada (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023). Les immigrants, particulièrement les plus récents, les plus âgés, les hommes et les non-blancs (non occidentaux), peuvent éprouver des difficultés importantes liées au processus d'acculturation au Canada, notamment un choc culturel, des difficultés à trouver un emploi, des obstacles linguistiques et des défis liés à la reconnaissance des diplômes étrangers (Stick & al., 2021; Iovino & al., 2023). Ces difficultés peuvent accroître le risque d'isolement social et de solitude. Certains immigrants peuvent également éprouver des difficultés à maintenir des liens sociaux, en particulier dans les régions où les hivers sont longs et froids, où la population est moins dense et les moyens de transport limités (Stick & al., 2021). Toutefois, les enjeux susmentionnés ont tendance à s'atténuer au fur et à mesure que le séjour se prolonge au Canada et que les immigrants reconstruisent leurs réseaux sociaux et établissent de nouvelles relations (Stick & al., 2021). Ce qui a pour effet d'atténuer le risque de solitude autodéclarée et d'isolement (Stick & al., 2021).

Les données suggèrent que l'isolement social et la solitude peuvent exposer les individus qui y sont confrontés, en particulier les aînés, à des mauvaises habitudes de vie, incluant une mauvaise alimentation (Sanou & al., 2014; Luo & Hendryx, 2022; Besora-Moreno & al., 2020; Régimbal, 2020). L'association entre l'isolement social et une alimentation de mauvaise qualité est en outre médiée par divers autres facteurs socio-économiques et psychosociaux (Luo & Hendryx, 2022; Sanou & al., 2014).

2.2.2.2. Stress d'acculturation

L'acculturation fait référence au processus par lequel les nouveaux immigrants adoptent et s'adaptent à un nouvel environnement social et culturel (Rosenthal & al., 2022). Pour faire face aux enjeux liés à ce processus d'acculturation, les immigrants utilisent généralement l'une ou l'autre des quatre stratégies d'acculturation ci-après : l'assimilation, l'intégration, la séparation et la marginalisation (Rosenthal & al., 2022). L'assimilation se caractérise par la recherche d'une interaction quotidienne avec la culture de la société d'accueil (Rosenthal & al., 2022). L'intégration quant à elle renvoie à la conciliation harmonieuse des pratiques culturelles de la société d'accueil et du pays d'origine (Rosenthal & al., 2022). La séparation se traduit par le maintien de l'identité culturelle du pays d'origine et l'évitement d'une interaction avec la culture de la société d'accueil (Rosenthal & al., 2022). Enfin, la marginalisation fait référence à la perte de la capacité et de l'intérêt d'interagir avec la culture d'accueil et du pays d'origine (Rosenthal & al., 2022). Des études suggèrent que l'intégration et l'assimilation représentent les stratégies d'acculturation associées à une meilleure gestion de la santé et à des comportements sains (Rosenthal & al., 2022). L'acculturation entraîne en outre des changements dans plusieurs dimensions du mode de vie des immigrants, incluant les habitudes de vie et les pratiques alimentaires (Rosenthal & al., 2022). Ces changements sont associés à une augmentation du niveau de stress (stress d'acculturation) chez les immigrants et peuvent avoir des effets directs et indirects sur la santé (Rosenthal & al., 2022).

Le stress d'acculturation résulte des efforts déployés par la personne immigrante durant le processus d'acculturation afin de minimiser les défis liés aux différences culturelles avec la culture de la société d'accueil (Drouin, 2020). Il constitue de ce fait une réponse aux défis vécus positivement ou négativement par la personne immigrante dans son

adaptation culturelle (Drouin, 2020). En contexte de stress acculturatif, la personne immigrante pourrait être amenée à vivre de l'incertitude, de l'anxiété et de la dépression (Drouin, 2020). Le stress d'acculturation se manifeste généralement suivant un continuum en débutant par un changement de comportement, suivi d'un état de stress acculturatif à proprement parler et enfin d'un état de stress psychopathologique (Drouin, 2020). Au stade de changement de comportement, la personne immigrante s'adapte sans beaucoup de difficultés à son nouvel environnement culturel et a tendance à ne pas percevoir les expériences acculturatives comme problématiques (Drouin, 2020). En ce qui concerne le stade de stress acculturatif, la personne immigrante perçoit les expériences liées au processus d'acculturation comme étant plus problématiques et a donc tendance à vivre un plus grand stress face à son adaptation culturelle (Drouin, 2020). Les personnes immigrantes se trouvant à ce stade parviennent habituellement à s'adapter au nouvel environnement culturel, étant donné que les défis rencontrés sont perçus comme étant surmontables (Drouin, 2020). Finalement, lors du stade de stress psychopathologique, les personnes immigrantes concernées font face à une détresse significative et à d'importantes difficultés adaptatives pour lesquelles elles ressentent le besoin d'un soutien pour affronter ces difficultés (Drouin, 2020). Fort heureusement, les données suggèrent que de nombreux immigrants se retrouvent au stade de changement comportemental durant leur processus d'acculturation (Drouin, 2020). Le stress acculturatif comme enjeu d'acculturation peut avoir des conséquences délétères sur la santé mentale des personnes immigrantes, car il est susceptible d'accroître l'occurrence des troubles mentaux (Drouin, 2020). Les données provenant de l'étude de Sercia et al. (2018) indiquent que près de 70% des immigrants déclarent se sentir stressés et estiment que ce stress a plus ou moins un impact sur leur santé et leur bien-être. En outre, les femmes immigrantes sont plus nombreuses à rapporter un niveau de stress élevé et à vivre des épisodes de détresse psychologique (Sercia & al., 2018). L'aggravation de la détresse psychologique liée au stress acculturatif pourrait entraîner une inadaptation chez les personnes concernées, particulièrement lorsque les différences culturelles entre la société d'accueil et celle d'origine sont importantes (Drouin, 2020), comme c'est le cas pour les personnes immigrantes non occidentales au Canada. D'autre part, des niveaux particulièrement élevés de stress acculturatif sont associés à une consommation accrue d'aliments hautement énergétiques et ultra-transformés, une faible consommation de fruits et légumes, ainsi qu'une consommation accrue de plats cuisinés (Popovic-Lipovac & Strasser, 2015). Ballon et al. (2015) expliquent dans leur concept d'alimentation

émotionnelle que la consommation de certains aliments peut être modulée en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à une sensation de faim ou de satiété. Ainsi, suivant ce concept, le stress est généralement associé à une consommation accrue des produits alimentaires plus sucrés et gras (Ballon & al., 2015).

2.2.2.3. Barrières de la langue

Le français, la langue commune des Québécois, constitue un véritable marqueur d'appartenance à la société québécoise (Amireault, 2015). Pour les immigrants du Québec, la maîtrise ou l'apprentissage du français représente un facteur essentiel de l'intégration linguistique, économique et culturelle (Amireault, 2015). En 2022, le Québec a accueilli à travers ses différents programmes d'immigration plus de 68 700 nouveaux immigrants (Institut de la statistique du Québec, 2023). Des données antérieures soutiennent qu'une proportion non négligeable de ces nouveaux arrivants rapportent ne pas être en mesure de comprendre ou de s'exprimer en français (Amireault, 2015). Pour ces immigrants ne maîtrisant pas le français, le gouvernement du Québec offre gratuitement divers services de francisation administrés par deux institutions gouvernementales provinciales, soit le ministère québécois de l'immigration et le ministère de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche (Amireault, 2015). Des services de francisation sont également offerts gratuitement aux immigrants francophones présentant certaines lacunes en français et souhaitant améliorer leurs compétences dans cette langue tant à l'oral qu'à l'écrit (Amireault, 2015). Ces services de francisation représentent pour bon nombre de nouveaux immigrants un moyen de choix pour accéder à la société québécoise (Amireault, 2015).

Les immigrants ne maîtrisant pas le français à leur arrivée au Québec font généralement face à des barrières linguistiques qui sont associées à d'importantes contraintes d'intégration sociale et professionnelle (Béji & Pellerin, 2010). Ces barrières linguistiques sont également associées de façon significative à l'acculturation alimentaire et constituent un des principaux moteurs de la transition nutritionnelle chez les immigrants en entravant le maintien des pratiques alimentaires traditionnelles (Sanou & al., 2014; Stone, 2017). En effet, les barrières de la langue peuvent entraver l'accès à l'information nutritionnelle, ce qui pourrait empêcher les nouveaux arrivants de comprendre les étiquettes alimentaires et ainsi faire des choix alimentaires judicieux

(Stone, 2017). La compréhension des étiquettes alimentaires et donc de l'information nutritionnelle constitue à cet effet un facteur essentiel à une transition nutritionnelle saine chez les nouveaux arrivants (Stone, 2017). Les barrières linguistiques peuvent en outre limiter l'offre et l'accès à des aliments sains (Lepage, 2017).

2.2.3. Facteurs comportementaux

Le niveau d'activité physique et le niveau de littératie alimentaire incluant les compétences et pratiques alimentaires constituent selon plusieurs études certains des déterminants comportementaux essentiels à une transition nutritionnelle saine et au maintien d'une saine alimentation (Jessri & al., 2015; Lane & Vatanparast, 2023; Girard & Sercia, 2014).

2.2.3.1. Niveau d'activité physique

L'étude de Sercia et al. (2018) a permis de mettre en évidence le développement progressif d'une sédentarisation chez un grand nombre d'immigrants durant les premières années de résidence au Québec. Divers facteurs sont associés au développement d'un mode de vie sédentaire chez les immigrants, entre autres, les contraintes de temps, la participation à des loisirs moins actifs, la perte des réseaux sociaux prémigratoires et la saison hivernale (Deslandes & al., 2012; Sercia & al., 2018). Certaines données soutiennent qu'environ 58% des nouveaux arrivants rapportent avoir des loisirs généralement moins actifs depuis leur arrivée au Québec et environ 70% rapportent également être moins actifs durant l'hiver (Sercia & al., 2018). La sédentarisation des nouveaux arrivants représente l'un des changements dans les habitudes de vie ayant le plus d'impact sur la santé et le bien-être des populations migrantes (Sercia & al., 2018). Sercia et al. (2018) suggèrent en outre que cette sédentarisation serait systématique et aurait une même incidence indépendamment de l'âge, du statut socio-économique, du pays de provenance et de l'année d'arrivée. La baisse importante dans la fréquence d'activité physique chez les nouveaux arrivants est davantage observée pour des activités réalisées en groupe, comme par exemple celles réalisées avec un réseau d'amis ou de connaissances ou encore avec un groupe organisé (Sercia & al., 2018). Les données de l'étude susmentionnée suggèrent également qu'une baisse significative est davantage observée au niveau des activités d'intensité élevée que celles d'intensité modérée. Par

ailleurs, une légère hausse de la fréquence d'activités physiques pratiquées seul, notamment la marche et les tâches ménagères, est observée chez les nouveaux arrivants peu de temps après leur installation dans la province (Sercia & al., 2018). Sercia et al. (2018) soutiennent que la fréquence de l'activité physique est liée à la stratégie d'acculturation utilisée pour s'intégrer dans la société québécoise (Sercia & al., 2018). Ainsi, on observe une baisse plus importante de la fréquence d'activité physique chez les immigrants en rétention culturelle que chez ceux qui s'assimilent ou s'intègrent (Sercia & al., 2018). Ceci serait dû au fait que des comportements postmigratoires sains en matière d'activité physique et la participation à des activités physiques en groupe font partie d'une intégration plus réussie et harmonieuse (Sercia & al., 2018).

Des études suggèrent qu'un faible niveau d'activité physique est associé à de mauvaises habitudes alimentaires (Nardocci & al., 2019; Jessri & al., 2015; Karmali & al., 2020). Des comportements sédentaires sont corrélés à une consommation accrue des produits alimentaires hautement énergétiques c'est-à-dire riches en sucre, en gras saturés et en sodium chez les enfants et les adultes de 19 ans et plus (Karmali & al., 2020; Jessri & al., 2015; Nardocci & al., 2019).

2.2.3.2. Niveau de littératie alimentaire

Le concept de littératie alimentaire renvoie d'une part à la capacité de trouver, d'évaluer et de comprendre les informations alimentaires et nutritionnelles de base, et d'autre part à la compétence d'appliquer ces informations (Krause & al., 2018). Ce concept englobe les compétences dans la préparation des aliments ainsi que celles permettant aux individus de faire des choix alimentaires sains et de mieux comprendre les effets de ces choix alimentaires sur leur santé, leur environnement et leur budget (Krause & al., 2018). Très peu d'études ont évalué directement le niveau de littératie alimentaire des populations migrantes québécoises. Toutefois, l'étude de Sercia et al. (2018) a montré que de nombreux immigrants se percevaient généralement compétents en matière de cuisine et de nutrition et rapportaient avoir pleinement confiance en leurs connaissances, pratiques et compétences alimentaires prémigratoires. Ces données déclaratives des immigrants relatives au niveau de littératie alimentaire ne présentaient pas de différences significatives selon le niveau d'instruction, le temps écoulé depuis l'arrivée au Québec, le genre ou encore l'âge (Sercia & al., 2018). Par ailleurs, une étude réalisée en 2022

auprès des femmes immigrantes d'origine africaine vivant dans le quartier Parc-Extension à Montréal suggère que les immigrants récents, particulièrement ceux faisant face à des défis linguistiques, peuvent présenter des niveaux de littératie alimentaire assez faibles (Prud'homme & Doyon, 2023). Ainsi, l'association positive entre un faible niveau de littératie alimentaire et une consommation accrue d'aliments hautement transformés d'une part et d'autre part une faible consommation de fruits et légumes (Begley & al., 2019) explique mieux pourquoi les immigrants confrontés à des barrières linguistiques présentent généralement un risque accru de transition nutritionnelle et de mauvaises pratiques alimentaires (Sanou & al., 2014; Stone, 2017).

2.2.4. Facteurs environnementaux

2.2.4.1. Rythme de vie trépidant de la société canadienne

Immigrer dans un nouvel environnement social, culturel et géographique implique généralement des bouleversements majeurs dans les modes de vie (Girard & Sercia, 2014). À leur arrivée au Canada, les nouveaux arrivants font habituellement face à un rythme de vie effréné et très agité, typique d'une société industrialisée (Lane & Vatanparast, 2023). Ce rythme de vie trépidant engendre des contraintes de temps pouvant avoir des répercussions importantes sur les habitudes et pratiques alimentaires (Lane & Vatanparast, 2023; Sanou & al., 2014; Girard & Sercia, 2014). En effet, ces contraintes de temps découlant du rythme de vie rapide au Canada ont été identifiées comme des obstacles au maintien des pratiques alimentaires traditionnelles (Sanou & al., 2014). Elles augmentent le recours à des plats cuisinés surgelés et à de la restauration rapide (Lane & Vatanparast, 2023). L'étude de Lane et Vatanparast (2023) indique que les familles immigrantes ont rapporté fréquenter de façon régulière et ce, depuis l'arrivée au Canada, les fast-foods et autres établissements de restauration rapide, principalement en raison du manque de temps, conduisant ainsi à des changements dans leurs pratiques alimentaires. L'accessibilité et la disponibilité accrues de la restauration rapide au Canada couplées aux contraintes de temps exposent significativement les nouveaux arrivants à une grande disponibilité d'options alimentaires malsaines (Lane & Vatanparast, 2023). Selon Lane et Vatanparast (2023), les pratiques et habitudes alimentaires traditionnelles des familles immigrantes changent à mesure que les responsabilités liées à leur nouvelle vie au Canada augmentent. Ce qui a pour effet de réduire le temps pouvant être consacré

à la préparation d'aliments sains et d'augmenter le recours à des plats déjà cuisinés. En effet, le manque de temps pour cuisiner ou pour faire les provisions impose donc de nouvelles stratégies culinaires pouvant permettre de gagner du temps en cuisine, par exemple en introduisant de nouveaux aliments plus faciles et rapides à cuisiner ou de nouvelles techniques de cuisson plus rapides ou encore ne nécessitant que très peu de présence au four (Girard & Sercia, 2014).

2.2.4.2. Accessibilité et disponibilité accrues des aliments à forte densité énergétique

Les environnements alimentaires canadiens, comme ceux de plusieurs sociétés industrialisées, favorisent un accès accru aux produits alimentaires à forte densité énergétique et hautement transformés (Lane & Vatanparast, 2023; Polsky & al., 2020). Ils influencent en ce sens la transition nutritionnelle en favorisant le développement d'une mauvaise alimentation. Selon Polsky et al. (2020), le Canada est l'un des cinq pays où les ventes par habitant d'aliments et boissons ultra-transformés sont les plus importantes. Les aliments et boissons hautement transformés renferment, de façon générale, une quantité relativement importante de nutriments, notamment les sucres libres, les gras saturés et le sodium, et des faibles quantités en fibres et en micronutriments (Polsky & al., 2020). Ils comprennent notamment, les boissons gazeuses et diverses autres boissons sucrées, les collations riches en sucre et en sel, les pains industriels, les plats cuisinés surgelés, les produits de viande, les hamburgers et les hot dogs (Polsky & al., 2020). Ces aliments et boissons ne faisant pas partie de saines habitudes alimentaires, Santé Canada a formulé en 2019 des recommandations visant à réduire leur consommation, étant donné leur association avec le développement des maladies chroniques (Polsky & al., 2020). La présence au Canada de nombreux supermarchés proposant un large éventail de produits alimentaires hautement énergétiques ainsi que l'exposition à des publicités télévisées faisant la promotion de ces produits, contribuent fortement aux transitions nutritionnelles chez les nouveaux arrivants (Lane & Vatanparast, 2023 ; Blanchet & al., 2018).

2.2.4.3. Enjeux liés à l'accessibilité et à la disponibilité des aliments ethnoculturels

Les immigrants récents montrent généralement un fort attachement aux pratiques alimentaires et culinaires prémigratoires (Girard & Sercia, 2014). Cependant, certains défis d'acculturation alimentaire, tels que ceux liés à la disponibilité et à l'accessibilité

aux aliments familiers ou traditionnels, font qu'ils voient progressivement ces pratiques alimentaires et culinaires se transformer à mesure que le séjour au Québec se prolonge (Lane & Vatanparast, 2023; Girard & Sercia, 2014). Les nombreux marchés, restaurants, boulangeries et cafés ethniques (traditionnels) présents dans tout le Québec témoignent de ce fort désir des communautés ethnoculturelles de rendre disponible les aliments ethniques, de recréer les cuisines traditionnelles et de maintenir les pratiques alimentaires traditionnelles (Girard & Sercia, 2014). Cependant, malgré tous les efforts déployés par les communautés migrantes pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des aliments traditionnels, de nombreuses personnes immigrantes font face à des difficultés importantes liées à l'accès aux sources d'aliments traditionnels, notamment les épicerie qui vendent des denrées alimentaires ethniques (Lane & Vatanparast, 2023). Diverses études ont fait état de la faible disponibilité et accessibilité des produits alimentaires ethniques comme étant l'un des principaux enjeux de l'acculturation alimentaire et déterminants de la transition nutritionnelle chez les populations immigrantes récentes (Sanou & al., 2014; Lane & Vatanparast, 2023; Stone, 2017 ; Blanchet & al., 2018). Stone (2017) dans son enquête auprès des femmes immigrantes récentes a montré que les contraintes relatives à l'accès aux aliments ethniques frais et de bonne qualité représentaient un facteur fréquent d'insécurité alimentaire, d'acculturation alimentaire et d'amenuisement de l'effet de l'immigrant en bonne santé. Les défis liés à l'accessibilité et à la disponibilité des aliments ethniques semblent varier en fonction de la localisation géographique. Girard et Sercia (2014) soutiennent que les immigrants déclarent rencontrer très peu de difficultés pour trouver des aliments et ingrédients dans les grandes villes comme Montréal. Environ 60% des participants à l'étude susmentionnée considèrent qu'il est assez facile de trouver ces aliments et ingrédients dans les grandes épicerie québécoises ainsi que celles spécialisées dans la vente des produits ethniques importés (Girard & Sercia, 2014). Il semblerait que dans les grandes villes comme Montréal, l'enjeu serait davantage lié à l'accessibilité financière aux aliments ethniques qu'à leur disponibilité (Girard & Sercia, 2014). Les contraintes financières rendraient ainsi peu accessibles ces aliments ethniques importés (Girard & Sercia, 2014). Ce sont 39% des participants à l'étude de Girard et Sercia (2014) qui ont rapporté que les contraintes financières les empêchaient souvent de se procurer les aliments traditionnels désirés. En outre, Sanou et al. (2014) et Stone (2017) soutiennent qu'en dépit d'une disponibilité acceptable des aliments traditionnels, l'enjeu du transport (déplacement)

limite de façon significative leur accessibilité, particulièrement chez les immigrants âgés de plus de 59 ans.

2.2.4.4. Influence des enfants et de l'environnement alimentaire scolaire

Étant des agents sociaux à part entière, les enfants immigrants de première génération jouent un rôle prépondérant dans l'acculturation des pratiques alimentaires et culinaires au sein des familles immigrantes (Girard & Sercia, 2014; Tichit, 2012). Les enfants exercent une influence considérable dans le processus d'acculturation alimentaire des parents, car ils font l'objet peu de temps après l'arrivée au Québec d'une socialisation alimentaire importante. Ceci en raison d'un contact accru avec l'environnement alimentaire et culturel de la société d'accueil (Tichit, 2012; Girard & Sercia, 2014). Ce contact accru des enfants avec les cuisines occidentales fera que sous leur influence, les parents immigrants vont opérer des changements à leurs habitudes et préférences alimentaires (Girard & Sercia, 2014). Lane et Vatanparast (2023) soutiennent que les enfants immigrants sont les premiers au sein des familles à opérer des changements dans leurs préférences alimentaires, étant donné qu'ils sont plus sensibles à la pression des pairs. Ainsi, ils ont tendance à guider leurs parents vers l'achat des produits alimentaires non traditionnels qu'ils ont vu leurs amis consommer à l'école ou à la garderie. La consommation de plus en plus régulière par les parents immigrants de ces aliments hautement énergétiques exigés par leurs enfants est susceptible de mener progressivement à une transition nutritionnelle et sanitaire complète (Lane & Vatanparast, 2023).

L'environnement alimentaire scolaire a été identifié dans plusieurs études comme l'un des facteurs les plus déterminants dans les transformations des pratiques et préférences alimentaires des enfants immigrants de première génération (Lane & Vatanparast, 2023). Il a donc aussi un effet indirect sur les préférences alimentaires et culinaires des parents et représente à cet effet un des déterminants de la transition nutritionnelle au sein des familles. L'école constitue pour les enfants immigrants l'environnement principal d'initiation à la consommation d'aliments ultra-transformés. Ce qui a généralement pour effet de se répercuter sur les pratiques alimentaires familiales (Lane & Vatanparast, 2023). Des données soutiennent que les environnements scolaires canadiens ont tendance à normaliser la consommation de la malbouffe et constituent des espaces où l'alimentation traditionnelle est souvent discriminée (Lane & Vatanparast, 2023 ;

Blanchet & al., 2018). De nombreuses mères immigrantes rapportent que les repas traditionnels que leurs enfants apportent à l'école comme déjeuners retournent souvent sans avoir été consommés, car les enfants déclarent préférer les déjeuners occidentaux que leurs amis apportent à l'école (Lane & Vatanparast, 2023). Divers autres obstacles à la consommation des repas traditionnels à l'école ont été rapportés par les enfants, notamment la forte odeur épicée des aliments, les courtes durées des déjeuners, l'absence de micro-ondes et le besoin des enfants de s'intégrer et se fondre dans le décor (Lane & vatanparast, 2023).

Les environnements alimentaires scolaires semblent jouer un rôle majeur dans le développement d'habitudes alimentaires pouvant perdurer toute la vie et de ce fait avoir des répercussions non seulement sur la santé des enfants et des adultes qu'ils deviendront, mais aussi et surtout sur les pratiques alimentaires de l'ensemble de la famille (Lane & Vatanparast, 2023).

CHAPITRE 3 : SYNDROMES CORONARIENS AIGUS : DESCRIPTION, FACTEURS DE RISQUE ET FARDEAU ÉCONOMIQUE ET SANITAIRE AU QUÉBEC

3.1. Syndromes coronariens aigus

Les syndromes coronariens aigus regroupent divers troubles cardiaques causés par un ralentissement ou une obstruction du flux sanguin vers le muscle cardiaque (myocarde) (Atwood, 2022). L'infarctus aigu du myocarde et l'angine instable constituent les manifestations cliniques les plus courantes des syndromes coronariens aigus (Atwood, 2022). Divers facteurs de risque sont associés à ces syndromes, notamment les habitudes alimentaires, les modes de vie sédentaires et les contraintes socio-économiques (Atwood, 2022; Schultz & al., 2018; Villeneuve & al., 2022; Kloner & Chaitman, 2017; Organisation mondiale de la santé, 2017). La gestion et la prise en charge des syndromes coronariens aigus au Québec représentent un important fardeau économique et sanitaire (Villeneuve & al., 2022; Boisclair & al., 2016). La Figure 2 montre l'importance au Québec en termes de prévalence des cardiopathies ischémiques qui incluent les syndromes coronariens aigus par rapport aux autres maladies cardiovasculaires.

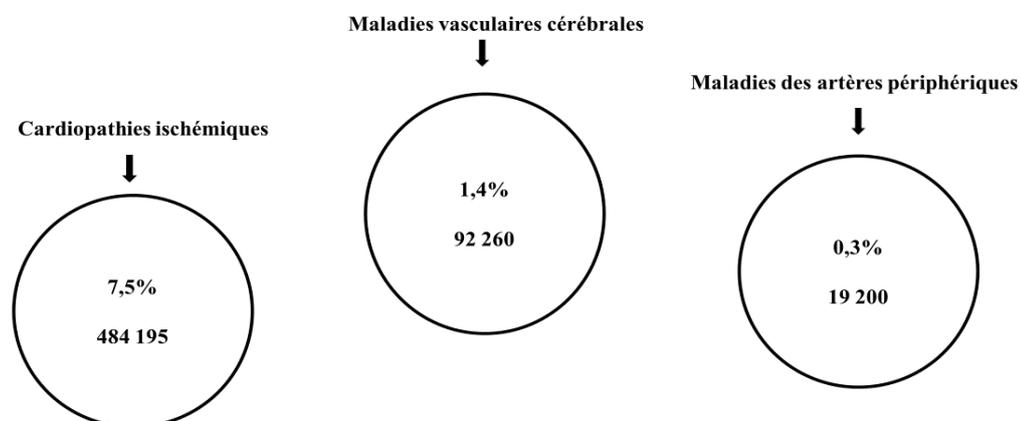


Figure 2 Prévalence brute et nombre de cas prévalents des différentes maladies vasculaires chez les Québécois âgés de 20 ans et plus en 2015-2016 (à l'hôpital ou en ambulatoire)

SOURCE Blais, C., & Rochette, L. (2018). Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au Québec : prévalence, incidence et mortalité (Ser. Surveillance des maladies chroniques, numéro 20). INSPQ, Institut national de santé publique du Québec, BIESP, Bureau d'information et d'études en santé des populations. Figure adaptée par l'auteur

3.2. Infarctus du myocarde

3.2.1. Description et facteurs de risque

L'infarctus du myocarde fait référence à une nécrose partielle du muscle cardiaque provoquée par une obstruction aiguë d'une artère coronaire (artère qui irrigue le cœur) (Sweis & Jivan, 2022a). Il se caractérise le plus souvent par une oppression thoracique avec ou sans difficultés respiratoires, des nausées et/ou des vomissements et une transpiration abondante (Sweis & Jivan, 2022a). Les femmes et les patients diabétiques sont plus susceptibles de présenter des symptômes atypiques et près de 20% des infarctus du myocarde sont asymptomatiques (Sweis & Jivan, 2022a). Le diagnostic repose principalement sur l'électrocardiographie et des analyses sanguines pour détecter une éventuelle présence de marqueurs sériques cardiaques (Sweis & Jivan, 2022a). Pour traiter l'infarctus aigu du myocarde et rétablir le flux sanguin, divers médicaments et procédés thérapeutiques sont généralement utilisés, notamment l'administration des antiplaquettaires, des anticoagulants, des bêtabloquants, des statines, des nitrates ou encore l'utilisation des procédures de reperfusion (Sweis & Jivan, 2022a). Les procédures de reperfusion comprennent l'utilisation des médicaments fibrinolytiques, l'angioplastie (intervention percutanée) et la chirurgie de pontage de l'artère coronaire (Sweis & Jivan, 2022a).

Les principaux facteurs de risque contribuant à la survenue des infarctus du myocarde comprennent une mauvaise alimentation, un mode de vie sédentaire, une consommation abusive d'alcool et le tabagisme (Organisation mondiale de la santé, 2017). Les effets cumulés de ces facteurs de risque peuvent se traduire chez les personnes par un ensemble de conditions de santé dites « intermédiaires » et comprenant l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, le surpoids et l'obésité (Organisation mondiale de la santé, 2017). Ces conditions de santé intermédiaires augmentent le risque de survenue d'événements cardiovasculaires aigus, tels que les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les défaillances cardiaques ainsi que diverses autres complications (Organisation mondiale de la santé, 2017). Ainsi, le contrôle des facteurs principaux et intermédiaires pourrait réduire significativement la survenue des événements cardiovasculaires aigus ou chroniques. Les données soutiennent que la cessation tabagique, la réduction de l'apport en sel dans l'alimentation, la consommation des fruits

et légumes, la pratique d'une activité physique régulière ainsi que la réduction de la consommation d'alcool permettent de réduire le risque de maladies cardiovasculaires (Organisation mondiale de la santé, 2017). En outre, le contrôle médicamenteux du diabète, de l'hypertension et de l'hyperlipidémie peut s'avérer essentiel pour réduire le risque cardiovasculaire et prévenir les événements aigus, tels que les infarctus et les accidents vasculaires cérébraux (Organisation mondiale de la santé, 2017).

3.2.2. Fardeau économique et sanitaire au Québec

Les infarctus du myocarde sont responsables de plus de la moitié des décès liés aux maladies cardiovasculaires dans le monde (Villeneuve & al., 2022). Au Canada, en 2012-2013, le taux d'incidence des infarctus du myocarde (IM) était de 2,3 pour 1000 personnes-années (Villeneuve & al., 2022). En raison de la proportion annuelle importante des cas d'infarctus du myocarde et de la quantité des ressources de soins de santé nécessaires pour les prendre en charge, les infarctus du myocarde sont généralement considérés au Québec comme un enjeu majeur de santé publique (Villeneuve & al., 2022). Bien que la mortalité due aux infarctus du myocarde a fortement diminué ces dernières décennies en raison d'un meilleur diagnostic et d'une prise en charge rapide, les coûts liés aux soins médicaux ont significativement augmenté suite à une évolution de la pratique clinique ainsi que des recommandations qui y sont associées et résumées dans les lignes directrices de diverses associations médicales (Villeneuve & al., 2022). Par exemple, en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique des cas d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST à l'électrocardiographie, la société canadienne de cardiologie a publié de nombreuses lignes directrices entre 1997 et 2018 (Villeneuve & al., 2022). Ces lignes directrices ont eu un impact économique significatif. Avant les années 1990, la société canadienne de cardiologie dans ses recommandations préconisait l'utilisation de la thérapie fibrinolytique comme intervention primaire des infarctus du myocarde (Villeneuve & al., 2022). Vers la fin des années 1990 et le début des années 2000, la société canadienne de cardiologie recommandait l'adoption de l'intervention coronarienne percutanée comme traitement standard des infarctus du myocarde (Villeneuve & al., 2022). Enfin, des recommandations plus récentes soutiennent que la durée de traitement est plus importante dans la prise de décision concernant l'option thérapeutique devant être privilégiée parmi les deux options précédentes (Villeneuve & al., 2022). La société canadienne de cardiologie suggère le recours au pontage coronarien

uniquement dans le cas où la reperfusion artérielle par intervention coronarienne percutanée et/ou fibrinolyse aurait échoué ou serait impossible (Villeneuve & al., 2022).

Les coûts liés à l'utilisation des ressources de santé par les patients québécois admis à l'hôpital pour une première hospitalisation pour infarctus du myocarde ont considérablement fluctué au cours de la période comprise entre 1997 et 2018 (Villeneuve & al., 2022). Bien que les données suggèrent que la durée d'hospitalisation a diminué d'environ 17% entre 1997 et 2018, les coûts, après prise en compte de l'inflation, ont augmenté de 26% au cours de la même période (Villeneuve & al., 2022). Les coûts associés à la gestion d'une première hospitalisation pour infarctus du myocarde sont passés d'un minimum de 5004\$ en 1997 à un maximum de 6310\$ en 2018 (Villeneuve & al., 2022). Villeneuve et al. (2022) pensent que cette augmentation des coûts liés à la prise en charge des infarctus du myocarde est due à l'augmentation significative des honoraires des médecins, soit une augmentation de plus 123%, ainsi qu'à l'utilisation de plus en plus importante des procédures de reperfusion. Le recours à ces procédures de reperfusion (revascularisation) parmi les cas hospitalisés pour infarctus du myocarde, est passé de 50% entre 1997 et 2004 à 94,7% pour la période de 2009 à 2018 (Villeneuve & al., 2022).

3.3. Angines de poitrine (angor)

3.3.1. Description et facteurs de risque

L'angor est une douleur ou une sensation d'oppression thoracique qui survient alors que le muscle cardiaque est en état d'ischémie c'est-à-dire qu'il ne reçoit pas suffisamment d'oxygène (Sweis & Jivan, 2022b). Il survient généralement en réponse à un effort physique ou à un stress émotionnel et se soulage souvent par le repos (Sweis & Jivan, 2022b). Toutefois, lorsqu'une artère coronaire est sténosée, l'angor peut survenir même en l'absence d'un effort ou au repos (Sweis & Jivan, 2022b). L'ischémie liée à l'angor survient lorsque la charge de travail du muscle cardiaque dépasse la capacité des artères coronaires à assurer une irrigation adéquate du cœur (Sweis & Jivan, 2022b). Cette ischémie est en fait responsable d'une douleur vague ou sensation d'oppression rétrosternale (derrière le sternum) (Sweis & Jivan, 2022b). La douleur peut également être localisée dans l'épaule ou la face antérieure de l'un ou l'autre bras, le long de la région lombaire, et dans la gorge, la mâchoire ou les dents (Sweis & Jivan, 2022b). Le

diagnostic de l'angor repose sur l'examen clinique, l'électrocardiographie et des examens d'imagerie (Sweis & Jivan, 2022b). L'électrocardiographie est habituellement réalisée en complément d'un examen clinique, mais elle ne permet de détecter que très peu d'anomalies (Sweis & Jivan, 2022b). Pour ce faire, divers autres examens peuvent être effectués pour évaluer l'apport de sang vers le muscle cardiaque, tels que le test de tolérance à l'exercice où le cœur du patient est soumis à un effort physique important afin d'évaluer l'obstruction potentielle des artères coronaires (Sweis & Jivan, 2022b). Il y a d'autres examens plus précis, mais plus coûteux, notamment l'échocardiographie, la scintigraphie ou encore la coronarographie, afin d'évaluer par exemple la pertinence d'un pontage coronarien (Sweis & Jivan, 2022b). Le traitement de l'angor peut comprendre un traitement non pharmacologique pour contrôler les facteurs de risque intermédiaires et au besoin un traitement pharmacologique ou une revascularisation si le seul contrôle des facteurs de risque montre peu d'effets (Sweis & Jivan, 2022b). Le traitement non pharmacologique consiste en une modification des habitudes de vie, incluant l'adoption d'une alimentation saine faible en sucres et en gras (Sweis & Jivan, 2022b). Il vise à ralentir ou à inverser la progression de la maladie coronarienne en supprimant les facteurs de risque intermédiaires, tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou encore la surcharge pondérale (Sweis & Jivan, 2022b). Le traitement pharmacologique consiste en l'administration de certains médicaments, notamment, les nitrates, les bêtabloquants, les statines, les médicaments antiplaquettaires ou au recours à certaines procédures de revascularisation, telles que l'intervention coronarienne percutanée ou le pontage de l'artère coronaire (Sweis & Jivan, 2022b). Il convient par ailleurs de mentionner qu'il existe diverses formes d'angor, notamment l'angor stable et instable. L'angor instable est le type d'angor où la sémiologie des symptômes change et il est également considéré comme un syndrome coronarien aigu au vrai sens du terme (Sweis & Jivan, 2022b). Considérée comme une forme assez grave de syndrome coronarien aigu, l'angor instable entraîne une invalidité et des risques nettement plus importants que ceux créés par l'angor stable (Izadpanah & al., 2020).

Comme pour les infarctus du myocarde, l'âge, le sexe, la consommation de tabac et d'alcool, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires constituent les principaux facteurs de risque des angines de poitrine (Kloner & Chaitman, 2017; Organisation mondiale de la santé, 2017; Ford & Berry, 2020). Les patients âgés ont tendance à présenter des formes plus sévères de maladie coronarienne et ne tolèrent pas toujours les

traitements anti-angineux conventionnels (Kloner & Chaitman, 2017). Pour ce qui est du sexe, les données montrent une augmentation de la prévalence des angors avec l'âge chez les hommes et les femmes (Kloner & Chaitman, 2017). Les femmes ont toutefois tendance à développer des coronaropathies à un âge plus avancé que les hommes (Kloner & Chaitman, 2017). Cependant, les cardiopathies ischémiques restent les principales causes de décès chez les femmes (Kloner & Chaitman, 2017). Il convient par ailleurs de noter que l'angine de poitrine est habituellement la manifestation initiale la plus courante d'une cardiopathie ischémique chez les femmes et chez les hommes (Kloner & Chaitman, 2017). En outre, les femmes sont plus susceptibles de présenter des symptômes atypiques et moins susceptibles d'être diagnostiquées et traitées (Kloner & Chaitman, 2017). La consommation de tabac augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et occasionne une détérioration des artères (Daigle, 2006). La pratique d'une activité physique régulière permet de réduire le poids, d'améliorer la lipidémie et la cholestérolémie, la tension artérielle et la glycémie, et ainsi atténuer le risque global des maladies cardiovasculaires (Daigle, 2006). Une alimentation riche en matières grasses, comme le cholestérol et en sel constitue un facteur de risque important des maladies cardiovasculaires (Daigle, 2006). Un excès de cholestérol dans le sang (hypercholestérolémie) pourrait augmenter le risque d'athérosclérose c'est-à-dire des dépôts de matières grasses dans les artères au fil des ans (Daigle, 2006). En outre, une consommation élevée de sel pourrait favoriser l'hypertension artérielle qui représente un facteur de risque intermédiaire des cardiopathies ischémiques (Organisation mondiale de la santé, 2017).

3.3.2. Fardeau économique et sanitaire au Québec

Il existe très peu de données concernant l'impact économique et sanitaire des angines de poitrine au Canada et au Québec. Cependant, étant donné que les maladies cardiovasculaires représentent un fardeau économique et sanitaire considérable, on pourrait déduire que les angines de poitrine contribuent significativement à ce fardeau en regard de leur fréquence dans la population (Boisclair & al., 2016 ; Blais & Rochette, 2015a; Blais & Rochette, 2015b). En 2013-2014, excepté les accouchements, les maladies cardiovasculaires représentaient les principales causes d'hospitalisations et de chirurgies au Québec (Boisclair & al., 2016). En dépit d'une baisse dans la prévalence et l'incidence de ces maladies, diverses données indiquent que les coûts liés aux hospitalisations et aux

chirurgies associées aux maladies cardiovasculaires seront amenés à augmenter dans les prochaines années au Québec (Boisclair & al., 2016). Ceci impliquerait une augmentation du fardeau économique et sanitaire des angines de poitrine.

3.4. Relation entre immigration et santé cardiovasculaire

Comme il a été mentionné précédemment, le processus migratoire entraîne des modifications du mode de vie qui sont considérées comme des facteurs importants prédisposant au développement du syndrome métabolique et des maladies cardiovasculaires (Rosenthal & al., 2022). Ces modifications du mode de vie comprennent des changements dans le niveau et le type d'activité physique et des changements dans les habitudes alimentaires (Rosenthal & al., 2022). Le processus migratoire est également associé à une augmentation du niveau de stress perçu, ce qui pourrait occasionner une élévation de la pression artérielle et par conséquent une augmentation du risque cardiovasculaire (Rosenthal & al., 2022). Des études suggèrent que le niveau d'élévation de la pression artérielle postmigratoire de même que les transformations dans les habitudes alimentaires peuvent servir d'indice du degré d'acculturation des immigrants et du niveau des risques associés à la santé de ces personnes (Rosenthal & al., 2022). D'autres études soutiennent par ailleurs que le stress d'acculturation se traduisant parfois par une augmentation de la pression artérielle a un effet plus significatif sur la santé cardiovasculaire des immigrants que l'acculturation alimentaire et les changements du niveau d'activité physique (Rosenthal & al., 2022). Certaines données soutiennent que les effets de l'acculturation sur la tension artérielle sont courants et que leur ampleur n'est pas liée à une culture donnée (Rosenthal & al., 2022). D'autres données ont toutefois montré que les différences entre les cultures des personnes immigrantes, des pays d'origine et des pays d'accueil peuvent modifier les effets de l'acculturation sur certains paramètres physiologiques, tels que la tension artérielle (Rosenthal & al., 2022).

En dehors des modifications du mode de vie et du stress d'acculturation, les obstacles liés à l'accès aux soins de santé constituent également un déterminant des transitions sanitaires chez les immigrants et contribuent au développement des maladies cardiovasculaires (Rosenthal & al., 2022). Des études réalisées en Europe auprès des personnes réfugiées ont montré qu'elles présentaient un risque accru de morbidité et de

mortalité dû aux maladies chroniques par rapport aux populations natives à cause des défis liés à une mauvaise communication entre les personnes immigrantes et les prestataires de soins de santé (Rosenthal & al., 2022). En effet, une mauvaise communication due à des barrières linguistiques et culturelles pourrait mener à de la discrimination en raison non seulement d'une faible maîtrise de la langue, mais aussi de la race et de l'accent (Rosenthal & al., 2022). Des soins de santé non adaptés aux réalités culturelles des personnes immigrantes pourraient également constituer un obstacle important à l'accès au système de soins de santé (Rosenthal & al., 2022). Selon diverses études, la langue semble être le facteur qui contribue le plus aux obstacles liés à l'accès et à la qualité des soins en comparaison à l'ethnicité (Bowen, 2015). Ainsi, les données montrent que les minorités linguistiques ont tendance à rapporter davantage des expériences de soins de santé plus négatives que les personnes blanches (Bowen, 2015).

CHAPITRE 4 : TRANSITION NUTRITIONNELLE ET SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

4.1. Transition nutritionnelle, dysbiose intestinale et santé cardiovasculaire

4.1.1. Effets de la transition nutritionnelle sur le microbiote intestinal

Plus de 100 milliards de bactéries appartenant à des centaines d'espèces colonisent le tractus gastro-intestinal humain formant un écosystème complexe appelé microbiote intestinal (Becattini & al., 2016; Burcelin & al., 2013). Les différentes espèces bactériennes composant le microbiote intestinal se répartissent en plusieurs lignées couvrant plus de 90% de la population bactérienne totale, dont les Firmicutes, les Actinobacteria, les Proteobacteria, les Bacteroidetes et les Fusobacteria (Becattini & al., 2016). La répartition de ces groupes de bactéries le long du tractus gastro-intestinal varie en fonction de la disponibilité des nutriments et sous l'influence de différents microenvironnements (Becattini & al., 2016).

Souvent considéré comme un organe supplémentaire du fait de son rôle fondamental dans de nombreux processus physiologiques et pathologiques survenant chez l'humain, le microbiote intestinal exerce de nombreuses fonctions bénéfiques pour l'organisme (Becattini & al., 2016). En effet, certaines bactéries du microbiote permettent l'absorption des lipides par la conversion des acides biliaires primaires en acides biliaires secondaires (Becattini & al., 2016). Des bactéries commensales sont également impliquées dans la synthèse de certains micronutriments, tels que les vitamines et dans certaines réactions biochimiques de transformation des glucides complexes favorisant la modulation du système immunitaire (Becattini & al., 2016). Elles permettent par exemple la synthèse des vitamines B et K et sont également impliquées dans la fermentation des fibres végétales indigestes produisant ainsi des acides gras à chaîne courte dont le rôle est de nourrir les entérocytes ainsi que de moduler les fonctions immunitaires (Becattini & al., 2016). Le microbiote constitue l'acteur fondamental du développement intestinal en favorisant divers processus physiologiques, entre autres, la vascularisation, l'épaississement des villosités, l'élargissement de la muqueuse intestinale, la production de mucus, la prolifération des cellules et le maintien des jonctions serrées (Becattini & al., 2016). L'action du microbiote s'étend au-delà du tractus gastro-intestinal. Il influence

le fonctionnement de la plupart des organes et systèmes du corps humain, incluant le cerveau, le système cardiovasculaire et le système immunitaire (Becattini & al., 2016; Jin & al., 2019).

Des études suggèrent qu'un régime alimentaire de type occidental caractérisé par une consommation accrue d'aliments ultra-transformés et riches en lipides, glucides, protéines et sel, est fortement associé à un déséquilibre du microbiote intestinal (Burcelin & al., 2013; Duru, 2022; Tang & al., 2019). Ce déséquilibre du microbiote intestinal appelé dysbiose intestinale pourrait donc survenir chez les populations migrantes non occidentales en transition nutritionnelle. Comme le montrent Burcelin et al. (2013) et Duru (2022), les transformations dans les habitudes alimentaires sont susceptibles d'induire une dysbiose intestinale pouvant contribuer au développement de l'obésité, des maladies métaboliques et de diverses autres maladies chroniques. Selon Duru (2022), le régime alimentaire occidental caractérisé d'une part par un apport insuffisant en nutriments favorables et d'autre part par un apport considérable en nutriments défavorables à la diversité du microbiote, contribue au développement d'un environnement inflammatoire spécifique dans le tractus digestif associé à une dysbiose de la muqueuse intestinale. Étant donné que les espèces bactériennes Firmicutes et Bacteroidetes représentent une proportion importante du microbiote intestinal, le rapport de concentration Firmicutes et Bacteroidetes est considéré comme un marqueur biologique de la dysbiose intestinale (Jin & al., 2019).

Des transformations dans le régime alimentaire, notamment vers un régime riche en matières grasses, induisent une dysbiose intestinale chez l'hôte (Burcelin & al., 2013). Cette dysbiose est responsable de la pullulation de bactéries susceptibles d'accroître la récupération énergétique et conduire à un excès énergétique dans l'organisme (Burcelin & al., 2013). Le déséquilibre du microbiote pourrait se traduire par une augmentation de l'absorption de molécules bactériennes hautement inflammatoires comme les lipopolysaccharides (Burcelin & al., 2013). Ces molécules susceptibles de déclencher un choc septique et une dilatation importante des vaisseaux sanguins, sont considérées comme responsables de l'initiation d'un processus inflammatoire métabolique pouvant conduire à une résistance à l'insuline, une infiltration des cellules immunitaires dans les tissus ainsi qu'à une stéatose hépatique (Burcelin & al., 2013). Une augmentation de la concentration sanguine des lipopolysaccharides a été rapportée chez les personnes dont

le régime alimentaire était particulièrement riche en lipides (Burcelin & al., 2013). Une dysbiose intestinale pourrait également s'étendre à divers tissus de l'hôte causant une dysbiose tissulaire, car des études ont montré qu'une partie du microbiote intestinal pourrait être transloqué vers divers tissus de l'organisme (Burcelin & al., 2013). Ces bactéries transloquées vers les tissus sont ainsi reconnues par le système immunitaire avec comme conséquence l'initiation d'une réaction inflammatoire de type métabolique pouvant contribuer au développement du diabète de type 2, de l'obésité et de l'athérosclérose (Burcelin & al., 2013).

En définitive, les modifications aux habitudes alimentaires qui caractérisent le processus de transition nutritionnelle, représentent un moteur essentiel à la dysbiose intestinale et un risque accru de diverses maladies, notamment les maladies cardiovasculaires (Jaoui & al., 2014; Burcelin & al., 2013; Duru, 2022; Jin & al., 2019).

4.1.2. Effets de la dysbiose intestinale sur la santé cardiovasculaire

Diverses expériences réalisées ces dernières années sur les humains et les modèles animaux ont permis de révéler que des altérations de la composition et de la fonction du microbiote intestinal en réponse aux réactions physiologiques et aux expositions alimentaires peuvent contribuer au développement des maladies cardiovasculaires (Jin & al., 2019; Tang & al., 2019).

Burcelin et al. (2013) montrent dans leur étude que la dysbiose intestinale contribue par le biais de divers mécanismes physiologiques et génétiques au développement de certains facteurs de risque des événements cardiovasculaires, particulièrement les syndromes coronariens aigus, le diabète de type 2, l'obésité ou encore la formation des plaques d'athérome dans les artères. Des études soutiennent que des groupes de gènes provenant des fragments d'acide désoxyribonucléique bactérien en circulation seraient associés avec l'obésité et le diabète de type 2 (Burcelin & al., 2013). Ces groupes de gènes bactériens définissent également des fonctions métaboliques de fermentation variées et leur concentration pourrait prédire le risque de survenue du diabète de type 2 plusieurs années avant le diagnostic de la maladie (Burcelin & al., 2013). De plus, des antigènes bactériens comme les lipopolysaccharides présents sur la membrane externe des bactéries à gram

négatif sont responsables d'une insulino-résistance pouvant conduire au diabète de type 2 (Burcelin & al., 2013).

Diverses autres études ont également permis de mettre en évidence la contribution des métabolites bactériens intestinaux dans le développement de l'hypertension artérielle ainsi que leur rôle dans le développement de l'athérosclérose, tous deux des facteurs de risque des cardiopathies ischémiques (Burcelin & al., 2013; Jin & al., 2019). Ces métabolites bactériens intestinaux hautement inflammatoires pourraient résulter des modifications trop rapides du microbiote suite à un stress nutritionnel réduisant l'efficacité des défenses immunitaires intestinales et favorisant une inflammation métabolique par le biais d'une translocation de bactéries et de leurs antigènes inflammatoires vers d'autres tissus de l'organisme (Burcelin & al., 2013). Divers métabolites, tels que les acides gras à chaîne courte produits par les bactéries intestinales par fermentation anaérobie des fibres alimentaires, jouent un rôle essentiel dans la régulation de la pression artérielle à travers certains récepteurs dont le récepteur olfactif vasculaire 78 (Jin & al., 2019). De plus, la dysbiose intestinale en réponse à un apport élevé en sel est impliquée dans la physiopathologie de l'hypertension artérielle (Tang & al., 2019). Des études expérimentales ont révélé la présence des fragments d'acide désoxyribonucléique de diverses bactéries intestinales dans les lésions athérosclérotiques susceptibles de contribuer à la pathogenèse des cardiopathies ischémiques (Jin & al., 2019). Ces études ont permis l'identification de certains genres bactériens, notamment les entérobactéries, les streptococcus et les collinsella, dont la concentration était plus élevée chez des patients souffrant d'athérosclérose et donc plus à risque d'événements cardiovasculaires aigus, tels que les syndromes coronariens aigus (Jin & al., 2019). Des études chez l'animal ont également montré la contribution de certains types de bactéries intestinales dans la progression de l'athérosclérose, principalement en contexte de dysbiose où leur concentration est anormalement plus élevée (Jin & al., 2019). Un déchet métabolique bactérien, l'oxyde de triméthylamine, a également fait l'objet de plusieurs études en raison de sa contribution majeure avérée dans le développement des maladies cardiovasculaires, particulièrement dans la formation des plaques athéromateuses (Jin & al., 2019). En raison des changements dans les habitudes alimentaires, le microbiote altéré produit l'oxyde de triméthylamine en métabolisant la choline, la phosphatidylcholine, la carnitine et la bêtaïne au moyen de diverses enzymes bactériennes et hépatiques (Jin & al., 2019). Des expériences réalisées sur des souris ont montré que des niveaux sériques

élevés d'oxyde de triméthylamine étaient associés positivement avec la formation des plaques d'athérome (Jin & al., 2019). Jin et al. (2019) expliquent que cela pourrait être dû à l'inhibition du transport inverse du cholestérol et l'accumulation du cholestérol dans les macrophages conduisant à l'expression de deux récepteurs piègeurs à la surface de ces cellules, favorisant de ce fait la formation accrue des cellules spumeuses responsables du processus d'athérosclérose. L'accumulation du cholestérol pourrait se faire aussi par inhibition de la synthèse des acides biliaires (Jin & al., 2019). Le niveau sérique d'oxyde de triméthylamine dans les syndromes coronariens aigus prédirait la survenue des événements cardiaques indésirables majeurs à court et à long terme (Jin & al., 2019). Une étude a cependant révélé que ce composé organique pouvait diminuer la réabsorption du cholestérol et ainsi protéger contre la formation des plaques athéromateuses (Jin & al., 2019). Dans l'ensemble, les données suggèrent que l'oxyde de triméthylamine constitue un des mécanismes essentiels par lequel le microbiote intestinal influence la santé cardiovasculaire (Jin & al., 2019).

4.2. Transition nutritionnelle et syndrome métabolique

Le syndrome métabolique désigne un ensemble de facteurs de risque, notamment l'obésité, la dyslipidémie, la dysglycémie et l'hypertension artérielle, qui accroissent les risques de développer une maladie cardiovasculaire (Huang, 2009). Ces facteurs de risque cardiovasculaire composant le syndrome métabolique sont interdépendants et partagent des médiateurs, des mécanismes et des voies biologiques sous-jacents (Huang, 2009). Les transformations des habitudes alimentaires des populations migrantes non occidentales résultant de la transition vers un régime alimentaire occidental sont associées à un risque accru de syndrome métabolique (Rakugi & Ogihara, 2005; Parackal, 2017; Dayi & Ozgoren, 2022; Angelico & al., 2023; Sanou & al., 2014).

4.2.1. Transition nutritionnelle et surcharge pondérale

En 2018, 63,1% des Canadiens âgés de 18 ans et plus ont rapporté être en situation de surpoids ou d'obésité (Statistique Canada, 2019). Au Canada, le surpoids et l'obésité sont considérés comme une épidémie et représentent un enjeu majeur de santé publique. Ils font partie intégrante du syndrome métabolique et constituent des facteurs de risque importants des syndromes coronariens aigus (Lytvyak & al., 2022; Katta & al., 2021).

Les immigrants récents et principalement les non-blancs (non occidentaux) semblent être moins touchés par cette problématique de surcharge pondérale à leur arrivée dans le pays d'accueil (Delavari & al., 2013). De nombreux immigrants font généralement l'objet d'un gain de poids malsain durant les 10 à 15 années suivant l'établissement dans le pays d'accueil (Delavari & al., 2013). Cette prise de poids progressive et malsaine n'est pas uniforme dans tous les groupes d'immigrants et semble varier en fonction de facteurs comme l'âge au moment de la migration, le sexe, l'origine ethnique ainsi que le temps écoulé depuis l'arrivée dans le nouveau pays (Delavari & al., 2013). Par exemple, les femmes immigrantes noires présenteraient un risque accru de développer de l'obésité ou du surpoids comparativement aux femmes immigrantes blanches (occidentales) (Delavari & al., 2013). Diverses autres études ont montré d'une part des associations positives entre le temps écoulé depuis l'arrivée dans le pays d'accueil et la prise de poids, et d'autre part des associations négatives entre l'âge des immigrants au moment de leur arrivée dans le pays d'accueil et la surcharge pondérale (Delavari & al., 2013). Ce gain de poids malsain observé après la migration est notamment lié à la transition nutritionnelle (Delavari & al., 2013). D'après Delavari et al. (2013), cette transition nutritionnelle s'effectue également dans les pays à bas et moyen revenu d'où proviennent un grand nombre de migrants d'Amérique du Nord. Au sein des populations migrantes, la transition nutritionnelle s'effectue assez rapidement, sur des mois ou quelques années, et non sur des décennies comme c'est le cas dans leurs pays d'origine (Delavari & al., 2013).

Les aliments et boissons ultra-transformés fortement présents dans l'alimentation de type occidental contribuent à l'augmentation de l'apport énergétique global, car ils fournissent de grandes quantités de glucides libres et de gras saturés et trans (Martí Del Moral & al., 2021; Nardocci & al., 2019). Hall & al. (2019) suggèrent que ces aliments possèdent certaines propriétés orosensorielles pouvant conduire à une surconsommation ainsi qu'à un retard dans la signalisation physiologique de la satiété avec comme conséquence une augmentation du poids corporel au fil du temps. Cette augmentation progressive du poids corporel causée par la surconsommation de ces aliments à densité énergétique élevée résulte entre autres des excès caloriques, des échecs dans la régulation de la balance lipidique et de certaines réactions inflammatoires liées à la dysbiose intestinale (Bergouignan & al., 2010; Burcelin & al., 2013). Cependant, la prise de poids n'est pas uniquement liée à l'alimentation. Elle est aussi associée à d'autres facteurs, en particulier les comportements sédentaires (Sercia & al., 2018).

4.2.2. Transition nutritionnelle et dyslipidémie

Les études traitant directement des liens entre la transition nutritionnelle en contexte migratoire et les dyslipidémies sont quasi-inexistantes. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, la transition nutritionnelle en contexte migratoire est associée à une surconsommation d'aliments ultra-transformés et donc hautement énergétiques. Or, ces aliments sont susceptibles d'induire des échecs dans le processus de régulation de la balance lipidique menant ainsi des dyslipidémies (Bergouignan & al., 2010). De plus, une étude portant sur différents groupes de population en transition nutritionnelle a montré que le risque de présenter des valeurs dyslipidémiques était significativement plus élevé chez les immigrants non européens présents dans les pays occidentaux que chez les personnes nées en Occident (Wändell, 2013).

Les dyslipidémies font référence à des troubles lipidiques caractérisés par des concentrations sériques anormales des triglycérides, de cholestérol ou des deux (Berberich & Hegele, 2022). Les dyslipidémies sont associées au syndrome métabolique et constituent par conséquent un important facteur de risque d'athérosclérose et de maladie coronarienne (Berberich & Hegele, 2022). L'hypercholestérolémie représente la forme de dyslipidémie la plus courante en milieu clinique et elle se caractérise par un taux anormalement élevé de cholestérol de lipoprotéines à faible densité et anormalement bas de cholestérol de lipoprotéines à haute densité (Berberich & Hegele, 2022). Le cholestérol de lipoprotéines à faible densité est considéré comme nuisible pour la santé tandis que le cholestérol de lipoprotéines à haute densité est considéré comme sain (Statistique Canada, 2021). Selon les données recueillies entre 2016 et 2019 par Statistique Canada dans son Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 28% des Canadiens âgés de 18 à 79 ans présentaient une hypercholestérolémie et la prévalence variait en fonction de l'âge (Statistique Canada, 2021). La prévalence de l'hypercholestérolémie avoisinait les 60% chez les 60 à 79 ans alors qu'elle était de 34% chez les 40 à 59 ans (Statistique Canada, 2021). On a également observé des différences entre les sexes. La prévalence de l'hypercholestérolémie était significativement plus élevée chez les hommes de 18 à 79 (34%) que chez les femmes de la même tranche d'âge (22%) (Statistique Canada, 2021). Au niveau des groupes ethniques, la fréquence de l'hypercholestérolémie est significativement plus élevée chez les Canadiens d'origine africaine que dans les autres groupes (Berberich & Hegele, 2022). Compte tenu de l'effet de l'immigrant en santé

observé chez les immigrants récents, nous pouvons supposer que la proportion d'immigrants présentant des niveaux nuisibles de cholestérol est plus faible chez les immigrants récents que chez les immigrants établis. La prévalence d'hypercholestérolémie chez les adultes immigrants de longue date devrait ainsi, si l'on se fie aux tendances relatives à l'amenuisement progressif de l'effet de l'immigrant en santé, se rapprocher voire dépasser celle de la population née dans le pays d'accueil.

4.2.3. Transition nutritionnelle et dysglycémie

Au Canada, le diabète représente un problème de santé publique dont les conséquences sur la santé de la population et les services de santé sont non négligeables (Adhikari & Sanou, 2012). En 2011, le diabète de type 2 touchait environ 5% de la population générale canadienne (Hyman & al., 2012). Au sein des communautés migrantes canadiennes, la prévalence du diabète augmente rapidement et ce, proportionnellement au temps écoulé depuis l'immigration au Canada (Hyman & al., 2012). Les données suggèrent que la prévalence du diabète chez les immigrants est comprise entre 1,2% et 12% et qu'elle varie significativement selon les groupes ethnoculturels et le pays d'origine (Adhikari & Sanou, 2012; Hyman & al., 2012). Les immigrants et réfugiés récents non européens (non occidentaux), particulièrement ceux d'Asie du Sud, des Antilles, d'Amérique latine et de l'Afrique subsaharienne, semblent connaître un fardeau de diabète deux à trois fois plus élevé que celui de leurs homologues d'Europe occidentale ou d'Amérique du Nord (Adhikari & Sanou, 2012; Hyman & al., 2012). De plus, le risque de développer le diabète à un âge plus jeune (moins de 40 ans) est plus élevé chez les immigrants non occidentaux, notamment les Chinois, les Sud-Asiatiques et les Noirs, que chez les immigrants occidentaux et les populations nées au Canada (Hyman & al., 2012). Ces groupes ethnoculturels ont tendance à développer le diabète à des niveaux inférieurs d'indice de masse corporelle (Adhikari & Sanou, 2012). La prévalence du diabète dans les populations migrantes canadiennes pourrait représenter un indicateur précis permettant d'estimer l'ampleur de la transition des personnes immigrantes vers un mode de vie canadien (Adhikari & Sanou, 2012). Les immigrants ont tendance à développer au fil du temps le diabète à des taux similaires à ceux des personnes nées au Canada en raison notamment des transformations dans les habitudes de vie incluant un style de vie plus sédentaire et l'adoption d'un régime alimentaire occidental riche en matières grasses (Adhikari & Sanou, 2012).

Les mécanismes biologiques par lesquels l'exposition à un régime alimentaire occidental peut influencer la santé cardiométabolique et favoriser le développement d'un diabète de type 2 ne sont pas encore entièrement élucidés et impliquent potentiellement de nombreuses interactions entre divers composés des aliments ultra-transformés (Juil & al., 2022). Ces aliments ultra-transformés dont les valeurs nutritionnelles de même que les caractéristiques physiques et chimiques ont été altérés lors du processus de transformation peuvent influencer les comportements alimentaires, tels que le moment et la fréquence de consommation, la quantité des portions et le rythme alimentaire (Juil & al., 2022). Ces comportements alimentaires peuvent avoir des effets potentiels sur l'apport énergétique et la qualité de l'alimentation, et ainsi impacter le métabolisme du glucose (Juil & al., 2022). Des études épidémiologiques ont montré que chaque augmentation de 10% d'aliments ultra-transformés dans l'alimentation avait un impact sur le métabolisme du glucose et était associée à un risque accru de 12 à 15% de diabète de type 2 (Juil & al., 2022). En outre, certaines données ont montré également que la consommation accrue d'aliments ultra-transformés était associée à une proportion d'incidence du diabète de type 2 d'environ 53% (Juil & al., 2022). Par ailleurs, aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre la consommation d'aliments ultra-transformés et les mesures du métabolisme du glucose chez les très jeunes enfants (Juil & al., 2022).

4.2.4. Transition nutritionnelle et hypertension artérielle

L'hypertension artérielle représente le principal facteur de risque cardiovasculaire modifiable et le principal facteur de risque de décès à l'échelle mondiale (Leung & al., 2019). Selon des données récentes, l'hypertension artérielle toucherait près de 25% des canadiens et sa prévalence serait légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (24,5% vs 21,5%) (Leung & al., 2019). Les hommes ont en outre tendance à présenter davantage des facteurs de risque associés à l'hypertension que les femmes. Par ailleurs, celles-ci rapportent être physiquement moins actives que les hommes (Leung & al., 2019). Au sein des communautés migrantes, les populations migrantes non européennes, particulièrement les immigrants d'origine africaine et chinoise, semblent présenter un risque accru d'hypertension artérielle comparativement aux populations migrantes blanches (occidentales) et aux personnes nées au Canada (Patterson & Veenstra, 2016; Zou, 2017; Modesti, 2004). Les facteurs de risque modifiables associés

à l'hypertension artérielle sont entre autres la sédentarité, l'obésité et une alimentation riche en sel et pauvre en fruits et légumes (Leung & al., 2019).

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les environnements alimentaires canadiens exposent les immigrants récents à une variété d'aliments et de boissons ultra-transformés et favorisent un accès accru aux établissements de restauration rapide (Lane & vatanparast, 2023). De plus, les contraintes financières et de transport auxquelles font face les populations migrantes récentes entraînent une réduction de la consommation d'aliments sains dont les fruits et légumes (Girard & Sercia, 2014; Sercia & al., 2018; Lane & Vatanparast, 2023). Or, cette transition nutritionnelle peut contribuer à un risque accru de développer une hypertension artérielle. En effet, certaines données suggèrent qu'un régime alimentaire riche en sodium, en aliments ultra-transformés et pauvre en fruits et légumes est significativement associé au développement de l'hypertension artérielle (Ozemek & al., 2018). En revanche, d'autres données soutiennent qu'un régime alimentaire primitif ou traditionnel généralement riche en potassium, magnésium et calcium et pauvre en sodium peut non seulement contribuer à réduire le risque d'hypertension artérielle, mais aussi favoriser un meilleur contrôle de la tension artérielle (Houston & Harper, 2008). Le sodium présent en grande quantité dans le régime alimentaire moderne (occidental) peut contribuer à l'augmentation de la tension artérielle via deux voies physiologiques : soit au niveau du microbiote intestinal par la régulation de la synthèse de la corticostérone dérivée de l'intestin (Yan & al., 2020), soit par le biais de l'interaction des mécanismes neurohumoraux et rénaux (Hall & al., 2015). En ce qui concerne l'interaction des mécanismes neurohumoraux et rénaux, une consommation accrue de sodium peut d'une part conduire au déclenchement de l'obésité et à la hausse de la pression artérielle par l'augmentation de la réabsorption tubulaire rénale de sodium entraînant ainsi une altération de la natriurèse et de diverses autres réactions hormonales et enzymatiques (Hall & al., 2015). D'autre part, la prise de poids causée par la consommation accrue de sodium pourrait entraîner une compression des reins par la matière grasse présente dans et autour de ceux-ci, ce qui aurait pour effet d'activer le système rénine-angiotensine-aldostérone, d'augmenter l'activité du système nerveux sympathique et de conduire à une hypertension artérielle (Hall & al., 2015). La consommation accrue des aliments gras et sucrés peut également contribuer au développement du surpoids ou de l'obésité (Martí Del Moral & al., 2021; Nardocci & al.,

2019), ce qui pourrait favoriser l'activation des voies physiopathologiques susmentionnées et liées à l'hypertension artérielle.

4.3. Syndrome métabolique et syndromes coronariens aigus

4.3.1. Portrait épidémiologique au Canada

Les données les plus récentes provenant de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé révèlent que le syndrome métabolique touchait environ 21% des adultes canadiens âgés de 18 à 79 ans en 2012-2013 (Statistique Canada, 2015). Ces données révèlent également que la prévalence du syndrome métabolique augmente significativement avec l'âge. En 2012-2013, elle était de 13% chez les 18 à 39 ans, de 25% chez les 40 à 59 ans et de 39% chez les 60 à 79 ans. L'Enquête ne révèle aucune différence statistiquement significative de la prévalence du syndrome métabolique selon le sexe.

Parmi les facteurs de risque du syndrome métabolique, l'obésité abdominale constitue le facteur de risque le plus prévalent dans la population canadienne adulte et l'hypertension artérielle représente le facteur le moins prévalent (Statistique Canada, 2015). La fréquence de ces facteurs de risque varie dans les différents groupes d'âge et selon le sexe. En effet, l'obésité abdominale et la dyslipidémie étaient significativement plus prévalentes chez les 18 à 39 ans que dans les autres groupes d'âge. Quant à l'hypertension artérielle, elle était significativement moins fréquente chez les 18 à 39 ans comparativement aux autres groupes d'âge c'est-à-dire les 40 à 59 ans et les 60 à 79 ans. Pour ce qui est du sexe, ces résultats indiquent en outre que l'obésité abdominale était présente chez 89% des hommes souffrant de syndrome métabolique contre 96% des femmes. Elle représente de ce fait le facteur de risque le plus prévalent autant chez les hommes que chez les femmes (Statistique Canada, 2015). L'hypertension artérielle représente le facteur de risque le moins fréquent chez les hommes, touchant près de 55% des hommes présentant un syndrome métabolique en 2012-2013 alors que chez les femmes c'est plutôt l'hyperglycémie qui est le facteur le plus prévalent, touchant ainsi près de 53% des femmes ayant reçu un diagnostic de syndrome métabolique (Statistique Canada, 2015).

Sur le plan clinique, le diagnostic de syndrome métabolique est généralement posé lorsqu'il y a présence d'au moins trois des facteurs de risque du syndrome métabolique (Statistique Canada, 2015). Alors qu'on estime à environ 21% des Canadiens atteints du syndrome métabolique et donc qui présentent au moins trois des facteurs de risque, les données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé suggèrent que 44% des Canadiens âgés de 18 à 79 ans présentent deux facteurs de risque et plus, 67% présentent au moins un facteur de risque et 33% ne présentent aucun des facteurs de risque (Statistique Canada, 2015). L'âge est associé positivement au nombre de facteurs de risque du syndrome métabolique présents chez les individus. Ainsi, en 2012-2013, près de la moitié des Canadiens adultes âgés de 18 à 39 ans présentaient au moins un facteur de risque comparativement à 85% des adultes de 60 à 79 ans. De la même façon, près d'un adulte sur quatre âgés de 18 à 39 ans présentaient au moins deux facteurs de risque, comparativement à 66% des adultes âgés de 60 ans et plus (Statistique Canada, 2015).

En ce qui concerne la prévalence du syndrome métabolique chez les immigrants canadiens, à notre connaissance, les données s'avèrent insuffisantes pour dresser un portrait épidémiologique crédible. Par ailleurs, en se fiant sur ce qui a été dit précédemment sur l'effet de l'immigrant en bonne santé et son amenuisement au fil des années ainsi que sur les données relatives aux différents facteurs de risque, on pourrait émettre l'hypothèse selon laquelle la prévalence du syndrome métabolique chez les immigrants récents de différents groupes d'âge serait plus faible que celle chez les immigrants établis et la population née au Canada. Cette prévalence augmenterait ainsi au fil des ans pour se rapprocher voire dépasser celle observée chez les personnes nées au Canada.

4.3.2. Association entre syndrome métabolique et syndromes coronariens aigus

Kranjcec & Altabas (2012) soutiennent que le syndrome métabolique est associé à un risque accru d'infarctus aigu du myocarde et qu'il prédispose à un taux plus élevé de complications à la suite d'un infarctus. En effet, la présence d'un syndrome métabolique est associée à des infarctus du myocarde de plus grande taille ainsi qu'à d'importantes complications hospitalières consécutives à un infarctus, notamment des insuffisances cardiaques plus ou moins sévères (Kranjcec & Altabas, 2012; Clavijo & al., 2006). Des études expérimentales ont révélé que des patients atteints de syndrome métabolique

présentaient un infarctus du myocarde dont la taille de nécrose myocardique était plus importante que celle observée chez les patients non atteints de syndrome métabolique (Kranjcec & Altabas, 2012; Clavijo & al., 2006). De plus, les taux de créatine kinase lors d'un infarctus du myocarde étaient particulièrement plus élevés chez les patients atteints de syndrome métabolique comparativement à ceux non atteints (Kranjcec & Altabas, 2012). La taille de nécrose myocardique variait en fonction du sexe des patients. En effet, chez ces patients atteints de syndrome métabolique, les femmes avaient tendance à présenter un infarctus du myocarde de plus grande taille que les hommes. Toutefois, en l'absence d'un syndrome métabolique, la taille de l'infarctus avait tendance à être plus importante chez les hommes que chez les femmes. D'autre part, les patients atteints de syndrome métabolique présentaient un taux plus élevé d'insuffisance cardiaque à la suite d'un syndrome coronarien aigu et ce taux était particulièrement plus important chez les femmes que chez les hommes (Kranjcec & Altabas, 2012). Ceci suggère que les femmes seraient plus vulnérables aux effets du syndrome métabolique que les hommes en ce qui a trait à la sévérité d'un infarctus du myocarde ainsi qu'aux complications cliniques potentielles pouvant y être associées. En ce qui concerne les facteurs de risque composant le syndrome métabolique, certains essais expérimentaux révèlent que l'hyperglycémie est associée à de nombreux résultats cliniques indésirables après un infarctus du myocarde (Kranjcec & Altabas, 2012). D'autres études soutiennent également que la dyslipidémie semble être un prédicteur de syndrome coronarien aigu chez les hommes et une cause de mortalité importante chez les femmes suspectées d'ischémie myocardique et de coronaropathie étendue (Kranjcec & Altabas, 2012). Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, certaines données soutiennent que des antécédents d'hypertension artérielle semblent constituer un prédicteur d'insuffisance cardiaque suite à un infarctus du myocarde (Kranjcec & Altabas, 2012). En ce qui concerne l'obésité, alors que certains auteurs avancent qu'elle n'aurait aucune influence sur la taille de la nécrose myocardique et la mortalité suite à un infarctus du myocarde, d'autres auteurs affirment que l'obésité, en particulier l'obésité abdominale, est associée à une taille de nécrose myocardique plus importante durant un infarctus du myocarde et semble être un prédicteur indépendant de la mortalité toutes causes après un infarctus du myocarde, en particulier chez les hommes (Kranjcec & Altabas, 2012). D'un autre côté, la survenue d'un infarctus du myocarde de grande taille et des complications cliniques importantes associées chez les patients présentant un syndrome métabolique pourrait s'expliquer en partie par une athérosclérose avancée et/ou un dysfonctionnement microvasculaire (Kranjcec & Altabas, 2012).

Des études soutiennent également que le syndrome métabolique est associé à un risque accru d'angine de poitrine instable (Zaliūnas & al., 2008; Monteiro & al., 2010; Harman-Boehm, 2003; Izadpanah & al., 2020). Dans une étude réalisée en 2008 en Lituanie auprès de 2756 patients présentant des syndromes coronariens aigus dont l'angine de poitrine instable (27,5%), on a observé que le syndrome métabolique était présent chez plus de la moitié des patients de la cohorte (59,6%) (Zaliūnas & al., 2008). L'obésité abdominale et l'hypertension artérielle représentaient les facteurs de risque du syndrome métabolique les plus courants observés chez les patients souffrant d'angine de poitrine instable (Zaliūnas & al., 2008). Une dyslipidémie caractérisée par une hypertriglycémie et un faible taux de cholestérol de lipoprotéines à haute densité était présente chez près de la moitié des patients de la cohorte et 38,1% des patients présentaient une hyperglycémie aiguë (Zaliūnas & al., 2008). Izadpanah et al. (2020) soutiennent que l'association entre l'angine instable et le syndrome métabolique est médiée par une combinaison complexe des facteurs génétiques, métaboliques et environnementaux.

CHAPITRE 5 : ENJEUX LIÉS À L'INTÉGRATION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE DES PERSONNES IMMIGRANTES NON EUROPÉENNES ET À LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES AU QUÉBEC

La transition nutritionnelle en contexte d'acculturation est influencée par divers facteurs socio-économiques, psychosociaux, comportementaux et environnementaux résultant dans une large mesure des lacunes liées d'une part au processus d'intégration sociale et économique des personnes migrantes et d'autre part aux interventions communautaires en santé nutritionnelle ainsi qu'aux politiques et programmes de promotion de la santé. Afin de mieux cerner ces lacunes, une analyse des services communautaires d'intégration sociale et économique, des programmes communautaires d'intervention nutritionnelle ainsi que des programmes de promotion de la saine alimentation a été effectué principalement au moyen d'entretiens individuels semi-directifs réalisés avec des agents communautaires d'intégration des personnes immigrantes, des nutritionnistes et un médecin du CLSC. Les résultats de ces entretiens individuels semi-directifs couplés à des conclusions provenant de la littérature scientifique et grise ont permis de dresser un portrait des lacunes et défis liés à l'intégration économique et sociale des immigrants, à l'intervention nutritionnelle communautaire et à la promotion de la saine alimentation auprès des communautés migrantes du Québec.

5.1. Défis liés à l'intégration économique des immigrants

L'intégration économique des personnes immigrantes au Québec représente une dimension essentielle du processus général d'intégration (Piché & al., 2002 ; Malambwe, 2017). Les immigrants, récents et non occidentaux, présentent des taux d'emploi et des revenus plus faibles que les personnes nées au Québec et les immigrants occidentaux (blancs) (Posca, 2016; Levert & Fakhoury, 2021 ; Piché & al., 2022). Des facteurs, tels que les obstacles liés à la reconnaissance des diplômes étrangers et de l'expérience acquise hors Canada, les pratiques discriminatoires et les préjugés raciaux, représentent certains des défis que posent l'intégration économique des immigrants (Posca, 2016 ; Malambwe, 2017). Plusieurs de ces facteurs ont été mentionnés par les participants aux entretiens. Les participants aux entretiens ont également mentionné les défis liés à l'accompagnement et au soutien en recherche d'emploi et à l'insertion socio-professionnelle et aux barrières linguistiques présentes chez certains immigrants, en

particulier les réfugiés, les demandeurs d'asile et les conjoints des travailleurs et étudiants étrangers. Les données de la littérature ainsi que les résultats d'entretiens tendent à soutenir que ces facteurs contribuent non seulement à une plus faible employabilité des personnes immigrantes non européennes, mais aussi à des taux plus élevés de surqualification professionnelle.

5.1.1. Reconnaissance des diplômes étrangers et de l'expérience professionnelle acquise hors Canada

Certains participants interviewés ont rapporté que cet obstacle représente une contrainte non négligeable dans l'accompagnement à l'insertion économique des immigrants non européens.

Mais il y a certains défis que ces intervenants qui accompagnent et soutiennent les immigrants qui viennent d'arriver dans la recherche d'emploi vont être confrontés comme par exemple la non-reconnaissance des qualifications de ces immigrants, il y a aussi leur expérience de travail hors Québec qui n'est souvent pas reconnue par les employeurs, ce qui va être un défi de taille pour ces intervenants, mais aussi pour les immigrants... Oui, certainement, ça diffère en fonction qu'on est de culture occidentale ou non, les gens qui viennent, je dirai, d'Afrique, d'Asie ou des Caraïbes vont vivre plus défis que ceux qui viennent par exemple de la France, de la Belgique... Puisque déjà, il n'y aura pas vraiment de choc culturel, au niveau du climat aussi c'est presque pareil, la reconnaissance des diplômes sera plus facile, disons que les diplômes burkinabé et français n'ont pas la même valeur auprès des employeurs québécois. Bref, oui, la plupart des défis que j'ai décrits précédemment seront plus présents chez les immigrants des pays non occidentaux que ceux qui viennent des sociétés occidentales (Entrevue 6, 17 juillet 2023).

Les efforts déployés par divers intervenants des services d'accompagnement visant l'insertion socio-professionnelle de ces immigrants s'avèrent généralement peu fructueux et peu efficaces. D'autres participants au projet ont déclaré que ces contraintes représentaient l'une des principales raisons pour lesquelles de nombreux immigrants récents acceptent des emplois précaires, peu rémunérés ou encore ne correspondant pas à leur niveau de scolarité : « ...à cause de tout ça, plusieurs personnes vont se plaindre du fait qu'ils vont être obligés de postuler et d'accepter des jobs moins bien rémunérés à cause de la pression de la vie au Québec, juste pour payer les factures et parfois envoyer des sous à la famille restée au pays (Entrevue 6, 17 juillet 2023) ». En effet, ces emplois

peu rémunérés et la surqualification contribuent en ce sens à accroître les taux de faible revenu chez les populations migrantes, ce qui a un impact sur la qualité de leur alimentation et aussi sur leur qualité de vie de façon générale.

Surtout des familles à faible revenu. Faut comprendre que les gens, même ceux qui ont des diplômes, les diplômes ne sont pas toujours reconnus ici, donc ils doivent faire des emplois moins rémunérés pour arriver à gagner des sous, le coût des loyers a explosé dans les dernières années puis donc ça laisse très peu de budget pour l'alimentation, alors c'est certain que c'est quand même un défi de ce côté-là aussi... mettons le manque de ressources financières. Ben des fois, un 2e parent va chercher à travailler alors qu'auparavant, c'était seulement un des 2 qui travaillait, donc des fois ils vont essayer d'aller chercher un 2e salaire. Des fois le père va cumuler plusieurs emplois ou même la mère, donc les parents peuvent cumuler plusieurs emplois pour avoir des sous ils vont des fois aussi aller dans les ressources communautaires chercher de l'aide des fois au niveau financier des fois au niveau matériel, vêtements pour les enfants, articles scolaires, nourriture et cetera, et cetera... Donc ouais, veut veut pas c'est cher. c'est cher des légumes, c'est cher des fruits. Puis d'en consommer les quantités qu'on devrait, Ben ça coûte des sous fait que pour les familles à faible revenu c'est pas évident (Entrevue 2, 26 juin 2023).

La surqualification qui touche, majoritairement les personnes immigrantes originaires d'Afrique, des Caraïbes et d'Asie du Sud, n'a pas uniquement des impacts sur l'intégration économique. Elle a également de nombreux effets délétères sur la santé mentale, le bien-être psychologique et l'estime de soi de nombreux immigrants.

Ces emplois ne correspondent souvent pas à leur niveau d'étude, ce qui va leur donner l'impression d'être dévalorisés et de ne pas être considérés à leur juste valeur. Bah ouais, c'est une source de stress et de dépression pour plusieurs immigrants. Et on le remarque souvent chez les immigrants d'Afrique, des Caraïbes et d'Asie du Sud. C'est ça on ne l'observe pas beaucoup chez les immigrants d'Europe. Comme ça, on verra beaucoup de médecins, d'ingénieurs et de professeurs d'université occuper des postes de caissier, travailler dans les centres d'appel, dans les entrepôts manufacturiers ou encore faire les taximen (Entrevue 6, 17 juillet 2023).

5.1.2. Services de francisation

La francisation des personnes immigrantes constitue un facteur incontournable de l'intégration économique ou professionnelle au Québec (Amireault, 2015; Conseil supérieur de la langue française, 2018). La recherche documentaire ainsi que les entretiens que nous avons menés auprès des acteurs communautaires ont permis de mettre

en évidence diverses lacunes qui limitent la capacité des services de francisation au Québec à rehausser les compétences en français des immigrants et à favoriser l'autonomie langagière désirée pour une intégration professionnelle efficace (Conseil supérieur de la langue française, 2018). Durant nos entretiens, les intervenants communautaires interviewés ont soulevé quelques lacunes au niveau structurel et individuel, notamment l'aide financière insuffisante accordée par le gouvernement du Québec, les délais d'attente pour recevoir des services en francisation, le faible effectif du corps enseignant et les interactions sociales insuffisantes en dehors des classes de francisation. Ces lacunes pourraient avoir un impact sur la qualité de l'apprentissage du français de même que sur la poursuite de la francisation et par ricochet sur l'intégration économique. Selon certains intervenants communautaires, les réfugiés et les demandeurs d'asile représentent les catégories d'immigrants les plus touchées par les défis linguistiques. Les travailleurs qualifiés ainsi que les travailleurs et étudiants étrangers le sont moins.

Je dirais que les étudiants et la plupart des travailleurs étrangers ne font pas de francisation puisque généralement ils parlent déjà français. Par contre, les conjointes et aussi des conjoints des étudiants étrangers et travailleurs temporaires détiennent habituellement soit un permis de travail dans la majorité des cas ou un visa de visiteur, eux peuvent avoir besoin de francisation. Alors dans ce cas-là, je les réfère à des services de francisation tout près de leurs domiciles. Je sais que les conditions d'admissibilité sont euh il faut avoir 16 ans et plus, être né à l'extérieur du Canada et habiter le Québec (entrevue 6, 17 juillet 2023).

Ces intervenants rapportent que de nombreux immigrants inscrits en francisation déclarent que l'aide financière octroyée par le gouvernement du Québec pour les inciter à suivre la formation linguistique s'avèrent généralement insuffisantes pour subvenir à leurs besoins. Ainsi, ils seraient nombreux à se désister de leurs cours de francisation afin d'être en mesure de travailler à plein temps : « *aussi certains clients disent également que l'aide financière accordée aux gens qui suivent la francisation n'est pas suffisante pour permettre aux gens de poursuivre et terminer la francisation. Beaucoup vont préférer comme arrêter la francisation pour travailler à temps plein (entrevue 6, 17 juillet 2023)* ». Selon les conclusions d'une enquête du vérificateur général du Québec, la vaste majorité des immigrants inscrits dans les services de francisation au Québec n'atteignent pas le seuil requis d'autonomie langagière permettant un meilleur accès au marché de l'emploi ou d'entreprendre des études postsecondaires (Vérificateur général du Québec, 2017). Certains intervenants estiment qu'il faudrait soit bonifier le soutien financier

accordé aux immigrants inscrits dans un cours de francisation, soit mettre sur pied des programmes de francisation en milieu de travail afin de leur permettre de continuer à gagner un revenu d'emploi et ainsi prévenir le désistement : « *mais de ce que j'ai entendu des travailleurs immigrants, plusieurs d'entre-eux souhaiteraient apprendre le français en milieu de travail afin de leur permettre de gagner un revenu tout en continuant d'apprendre le français (entrevue 6, 17 juillet 2023)* ». Le conseil supérieur de la langue française dans son étude de 2018 abonde dans le même sens en soulignant également que la francisation en milieu de travail constitue une formule flexible qui pourrait favoriser l'assiduité des participants (Conseil supérieur de la langue française, 2018).

Les délais relativement longs pour obtenir des services de francisation et le faible effectif du corps enseignant ont des impacts réels et significatifs sur le processus d'intégration.

Aussi, on entend souvent qu'ils sont en manque d'effectifs enseignants dans les classes de francisation. C'est difficile pour eux. Je pense que ça doit être difficile, c'est d'avoir des classes de 25 personnes, mais qu'il y a juste un seul prof. C'est normal que l'apprentissage du français ne soit pas parfait. Une classe de 5 personnes pour un prof conviendrait mieux. Une autre lacune, ça va être le temps. Tu sais, quand on les inscrit, on aimerait qu'ils soient inscrits tout de suite, qu'ils aient tout de suite une place en francisation, mais tu peux pas parce qu'il y a beaucoup d'immigrants qui arrivent. Les délais d'attente peuvent aller jusqu'à plus de 2 mois quand il y a beaucoup de gens (entrevue 1, 21 juin 2023).

Je pense également à quelques immigrants qui m'ont dit que le soutien et l'accompagnement des profs n'est pas optimal, ce explique le nombre élevé d'échecs aux tests et la difficulté d'atteindre le dernier niveau en francisation. Euh C'est à peu près ça, disons que euh les défis sont assez nombreux pour les immigrants qui fréquentent les services de francisation. Je pense que le gouvernement devrait faire plusieurs ajustements et apporter plus de subventions pour améliorer les services (entrevue 6, 17 juillet 2023).

Les intervenants ont également rapporté que plusieurs immigrants ont déclaré manquer des opportunités permettant de pratiquer leur français en dehors des classes de francisation et ainsi renforcer leurs compétences linguistiques. En effet, de nombreux immigrants et particulièrement les plus récents et les plus âgés ont des contacts sociaux limités, ce qui limite leurs interactions sociales et restreint les opportunités de s'exercer après les cours de français. Les intervenants mentionnent également que même les immigrants qui ne vivent pas de l'isolement social et qui sont entourés de leurs proches, semblent toutefois manquer les opportunités de pratiquer leur français hors des classes de

francisation. Étant donné qu'ils auraient souvent tendance à communiquer dans leur langue maternelle avec leurs proches.

Plusieurs immigrants en francisation se plaignent également de ne pas avoir assez d'interaction sociale en dehors de l'école, pour comment dire, euh continuer à pratiquer leur français en dehors de l'école. Bah Comme j'avais dit plusieurs immigrants sont isolés socialement et n'ont pas assez de gens avec qui interagir pour pratiquer leur français et même ceux qui sont entourés des membres de leurs familles n'ont pas toujours la possibilité de pratiquer le français avec eux, à cause disons du fait qu'ils vont plus parler leur langue maternelle avec leurs proches et moins voir pas du tout le français (entrevue 6, 17 juillet 2023).

Le conseil supérieur de la langue française (2018) mentionne d'autres lacunes liées à la francisation au Québec et qui n'ont pas été rapportées dans les entretiens, notamment la durée de la formation, la distance entre le domicile et la classe de francisation, la conciliation des horaires de cours avec les engagements familiaux ou personnels.

5.1.3. Services d'accompagnement et de soutien en recherche d'emploi

Au Québec, ces services sont offerts par des organismes publics et communautaires. Certains de ces services sont uniquement destinés à certains groupes de population, par exemple les immigrants récents. Les services d'accompagnement et de soutien en employabilité englobent l'accompagnement dans la rédaction d'un *curriculum vitae* et dans la recherche d'emploi sur Internet et dans les réseaux sociaux professionnels en ligne, tels que *LinkedIn*. Ils fournissent également des outils pour mieux comprendre le marché de l'emploi et pour réussir les entretiens professionnels. Certains organismes comme le Carrefour Jeunesse Emploi ou encore le SOIT offrent des formations accélérées permettant d'apprendre un métier et d'accéder rapidement au marché de l'emploi. Toutefois, les emplois que ces types de formation permettent d'aller chercher sont généralement peu qualifiés et moins bien rémunérés.

Pour les autres organismes qui offrent des services aux personnes de 35-40 ans, c'est plus compliqué, les formations sont plus longues et moins pertinentes. Alors que carrefour Jeunesse, ça va être vraiment tu arrives avec ton CV ou tu fais une formation accélérée d'une ou deux semaines et puis le but c'est de décrocher un emploi rapidement, mais après tu vas être dirigé vers des emplois pas vraiment précaires mais un peu difficiles, par

exemple travailler chez maxi ou à l'usine puisque les formations sont de courte durée, six mois ou trois mois (entrevue 1, 21 juin 2023).

Les intervenants à l'accueil et à l'intégration des nouveaux arrivants que nous avons interviewés ont rapporté qu'ils ne vont généralement pas offrir un accompagnement personnalisé en employabilité, mais ils vont référer les nouveaux arrivants auprès des services d'accompagnement et de soutien en recherche d'emploi.

Alors on va diriger les gens vers les ressources d'emploi. On n'offre aucun accompagnement. Nous, on va vraiment diriger les gens vers les ressources. Par exemple si t'es jeune, on va te référer au Carrefour Jeunesse emploi. Nous nous dirigeons vers les organismes. Nous fournissons uniquement les ressources, mais on ne va pas aider à faire toute la démarche du parcours professionnel, par exemple faire un CV, non ça on ne fait pas, ce n'est pas notre mandat. On va plutôt référer par exemple au Carrefour Jeunesse (entrevue 1, 21 juin 2023).

Certains intervenants trouvent que ces services sont pleinement adaptés aux besoins des nouveaux arrivants : « *Mais moi je trouve que c'est des très bons, des très bons organismes, des très bons collaborateurs (entrevue 1, 21 juin 2023)* ». D'autres par ailleurs estiment que ces services font face à des ressources limitées en regard de la demande qui ne cesse de croître et qui engendre généralement des délais assez importants pour obtenir des services.

Bah je dirais un peu comme plusieurs organismes gouvernementaux et communautaires, le SOIT ou le Carrefour Jeunesse emploi où je réfère plusieurs de mes clients ont des ressources limitées pour répondre aux besoins de la clientèle immigrante de plus en plus grandissante. Je vais dire je réfère principalement mes clients à ces deux organismes et dans la plupart de temps, ça se passe bien sauf des délais pour la prise en charge des référencement qui peuvent être importants, mais cela est probablement dû aux ressources humaines qui sont limitées dans la majorité d'organismes communautaires et gouvernementaux (entrevue 6, 17 juillet 2023).

Ces services font aussi probablement face aux défis liés à la reconnaissance des titres de compétences étrangers et de l'expérience professionnelle acquise en dehors du pays. Ce qui limiterait la portée de leurs interventions auprès des nouveaux arrivants. Cependant, ceci n'a pas été mentionné par les participants aux entretiens semi-directifs.

5.2. Défis liés à l'intégration des immigrants à la vie sociale

Dans la chapitre 2, nous avons discuté des enjeux d'isolement social et de solitude au sein des populations migrantes et de leurs répercussions sur la santé physique et mentale, la qualité de l'alimentation et la qualité de vie de façon générale. Divers facteurs dont les barrières linguistiques contribuent à accroître le risque d'isolement social et de solitude chez les immigrants. Outre ces facteurs, certains participants interviewés ont également soulevé des lacunes liées principalement aux programmes et activités visant la socialisation et le rapprochement interculturel et qui limitent l'insertion des nouveaux arrivants à la vie sociale québécoise. Ces programmes et activités sont généralement proposés par les organismes communautaires et les municipalités.

5.2.1. Socialisation et rapprochement interculturel

Certains participants ont mentionné que la connaissance du français est un facteur essentiel non seulement pour socialiser et se créer des nouveaux réseaux sociaux, mais aussi pour interagir lors de certaines démarches administratives inhérentes au processus d'intégration au Québec. Ces diverses interactions sociales contribuent en retour au renforcement linguistique : *« si non, l'apprentissage du français passe vraiment par les interactions sociales en particulier lors des démarches gouvernementales, à force d'entendre les mêmes mots, les mêmes phrases, à force de répétition, ils apprennent (entrevue 1, 21 juin 2023) »*. À leur arrivée au Québec, les immigrants essaient de trouver des espaces pour socialiser et créer des nouveaux réseaux d'amis et de connaissances. Les participants mentionnent qu'ils vont utiliser entre autres les réseaux d'entraide collective dans le quartier, les espaces offerts par les établissements communautaires ou publics et ils vont aussi sympathiser avec leurs voisins : *« Je pense aussi beaucoup à de l'entraide collective dans la Communauté, les gens vont se lier des fois avec des voisins, ils vont se faire des réseaux informels d'amis ou de pairs aidants...des fois ça se fait dans les organismes communautaires...Des fois, ça se fait simplement dans la rue ou dans les parcs, des fois aussi, c'est aussi CLSC (entrevue 1, 21 juin 2023) »*. Il a été mentionné que de nombreux immigrants ont généralement tendance à tisser des liens sociaux avec des personnes qui partagent avec eux les valeurs socioculturelles et qui sont de ce fait de la même origine ethnique qu'eux. Selon certains participants, ceci représenterait un obstacle à l'intégration : *« les gens ont tendance à aller vers ce qu'ils connaissent, vers*

les gens qui leur rassemblent, des personnes de chez eux, ce qui est un frein à l'intégration (entrevue 1, 21 juin 2023) ». La création des nouveaux liens sociaux au Québec est perçue comme un énorme défi par les immigrants : « Euh, bah, ce qu'ils vont trouver plus difficile c'est la création des nouveaux liens sociaux (entrevue 6, 17 juillet 2023) », et particulièrement les immigrants adultes et aînés : « Mais pour les immigrants adultes, surtout les aînés, l'isolement social est plus présent et ils ont plus de la difficulté à tisser des nouvelles relations avec les gens d'ici souvent à cause qu'ils ne parlent pas bien le français, pour les immigrants plus âgés, l'âge peut aussi être un frein (entrevue 6, 17 juillet 2023) ». Contrairement à leurs parents, les jeunes enfants et les adolescents ont tendance à socialiser, à s'assimiler et à tisser plus facilement des nouveaux liens sociaux dans le pays d'accueil et sont par conséquent moins sujets à l'isolement social.

Hum. Bonne grosse question. Euh, en fait, les jeunes enfants et les adolescents arrivent facilement à socialiser et à se faire des amis facilement en arrivant au Québec, soit à l'école, soit en participant à des activités offertes par les intervenants jeunesse. Donc par rapport à ce que j'observe... Les enfants des immigrants socialisent et s'assimilent très rapidement ici au Québec (entrevue 6, 17 juillet 2023).

D'autre part, selon certains intervenants, les immigrants s'installent généralement dans des quartiers multiculturels bien que souvent peu favorisés. Ces quartiers multiculturels sont un facteur pouvant faciliter la socialisation tout en représentant un obstacle au rapprochement interculturel.

Pour les immigrants qui vivent dans des quartiers plus multiculturels comme Ste-Foy ou St-Roch, c'est plus facile de socialiser avec les gens de son pays ou avec qui vous partagez la même ethnicité. Pour les gens qui vivent dans des quartiers comme Beauport, c'est plus difficile (entrevue 6, 17 juillet 2023)

Oui, c'est des quartiers défavorisés. Ça va être forcément des quartiers peu favorisés. Mais là où ces quartiers peu favorisés sont bien, c'est que c'est là où tu vas trouver ce que tu recherches en termes de nourriture. Il y a une plus grande disponibilité de nourriture dans ces quartiers et il est aussi plus facile de socialiser puisqu'il y a la possibilité de rencontrer des gens qui viennent des mêmes pays. Mais ce sont des quartiers où les enfants voient leur chance de réussite réduite (entrevue 1, 21 juin 2023).

En ce qui concerne les activités de socialisation offertes par les organismes communautaires et les municipalités, les intervenants rapportent que très peu d'activités sont offertes aux immigrants adultes comparativement aux jeunes immigrants. Étant

donné que la grande majorité des activités de socialisation sont proposées dans les quartiers multiculturels, les immigrants vivant dans des quartiers peu multiculturels en sont généralement exclus faute de moyen de déplacement ou encore de temps. Les intervenants rapportent également qu'il serait pertinent d'adapter davantage culturellement les activités proposées par les organismes et les municipalités afin de maximiser la participation des personnes issues des communautés ethnoculturelles et des minorités religieuses. Par exemple, on pourrait proposer des activités sportives interculturelles pouvant se pratiquer aisément avec un hijab, ce qui favoriserait la participation des femmes musulmanes. On pourrait aussi lors d'ateliers de cuisine collective, tenir davantage compte des restrictions alimentaires religieuses.

Ah oui d'accord. Comme je disais, je trouve que les organismes et la Ville proposent plus d'activités pour les jeunes, mais il n'y a pas beaucoup à mon avis pour les adultes. Et je trouve que le peu d'activités interculturelles ou pour socialiser pour les adultes sont offertes en majorité dans des quartiers très multiculturels, ce qui fait que les immigrants vivant dans d'autres quartiers moins multiculturels sont comme un peu exclus, car ne pouvant pas participer faute de moyen de transport ou de temps. Donc je pense que pour les nouveaux arrivants adultes, parents et aînés, il faudrait offrir plus d'activités interculturelles, comme les activités sportives en famille, les cuisines collectives, les balades en nature pour favoriser la socialisation, l'inclusion et le vivre-ensemble dans tous les quartiers de la Ville. Il faudrait que le gouvernement alloue plus de ressources aux organismes communautaires ou que la Ville mette plus de moyens, disons pour offrir à un plus grand nombre d'immigrants adultes des activités interculturelles et desservir plus d'immigrants. Je dirais que pour répondre à ta question les activités interculturelles de socialisation qui sont actuellement offertes aux nouveaux arrivants ne sont pas suffisantes et ne permettent pas d'inclure de nombreux immigrants et surtout ceux qui vivent dans certains quartiers comme Beauport, Les Saules ou Lebourgneuf qui sont des quartiers moins multiculturels. De mon point de vue, ces activités interculturelles sont en quelque sorte nécessaires puisqu'elles favorisent disons non seulement le rapprochement interculturel, mais donnent aussi aux immigrants l'occasion de perfectionner leur français. Sinon, je pense quand même qu'il faudra voir aussi si ces activités peuvent être adaptées culturellement, par exemple, pour les femmes musulmanes, des tenues adaptées doivent être offertes durant les activités sportives ou encore dans les activités de cuisine collective doivent respecter les restrictions alimentaires religieuses, question de favoriser une meilleure participation. Donc c'est ça (entrevue 6, 17 juillet 2023).

5.3. Défis liés aux interventions en nutrition communautaire

5.3.1. Intervention en nutrition communautaire dans les CLSC et autres organismes communautaires

Les CLSC sont des établissements publics dont la mission est d'offrir aux populations des territoires qu'ils desservent des services de santé et des services sociaux courants de première ligne et aussi de nombreux autres services dont les activités de santé publique (Ministère de la santé et des services sociaux, n.d). Plusieurs CLSC à travers la province offrent gratuitement et généralement sur prescription des consultations en nutrition afin d'aider les personnes à adopter et à maintenir des habitudes alimentaires appropriées en fonction de leur état de santé. Certains organismes communautaires, comme le Dispensaire diététique de Montréal, offrent des services de nutrition communautaire similaires à ceux qui sont offerts dans les CLSC. Les nutritionnistes que nous avons interviewés dans le cadre de notre projet ont mentionné que de nombreuses personnes immigrantes utilisent des services de nutrition communautaire et ce, pour diverses raisons liées à leur état de santé, soit pour des affections chroniques : « *sinon il y a le volet maladie chronique, fait que là on est le plus souvent dans hypertension, diabète, cholestérol, c'est ça, c'est le trio, le fameux trio prédiabète. Je dirais ça, c'est comme les plus communs (entrevue 5, 4 juillet 2023)* » ou pour des carences nutritionnelles chez leurs enfants : « *donc mon mandat, c'est de procéder à une évaluation nutritionnelle de jeunes enfants puis d'identifier les problématiques et d'établir un plan nutritionnel adapté aux besoins de chaque enfant (entrevue 2, 26 juin 2023)* » ou encore pour des suivis durant la grossesse : « *mon mandat c'est de suivre les femmes durant la grossesse et jusqu'à ce que leur bébé ait autour de six mois, donc le but, c'est de les suivre pendant la grossesse pour d'abord s'assurer que l'alimentation soit optimale pour qu'elle puisse avoir un bébé d'un bon poids (entrevue 4, 3 juillet 2023)* ». Ces personnes immigrantes généralement en situation d'insécurité alimentaire possèdent des statuts migratoires variés, mais présentent dans une large majorité des vulnérabilités socio-économiques.

Mais j'ai travaillé pendant un temps au dispensaire diététique de Montréal, qui est justement un organisme, mais c'est une organisation à but non lucratif. Et puis ça offre des services de nutrition aux femmes enceintes et puis justement, quand la période où est-ce que j'ai travaillé là-bas, c'est une période qui avait vraiment beaucoup de réfugiés,

beaucoup de de gens justement, avec des statuts vraiment plus précaires et c'est une réalité complètement différente des clients que je vais avoir dans ma pratique privée (entrevue 5, 4 juillet 2023).

Toute façon au dispensaire on voit tout le monde qui a des vulnérabilités sociales ou économiques... Et moi, j'ai vraiment plus le volet immigration précaire. Donc, comme je l'avais dit, je reçois des demandeurs d'asile, mais plus des étudiants, des visas de travail, des personnes sans statut légal, des personnes qui n'ont pas de couverture médicale sur le territoire québécois (entrevue 4, 3 juillet 2023).

Au CLSC, les nutritionnistes travaillent en interdisciplinarité avec des médecins omnipraticiens, des infirmières, des travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé afin d'offrir des services dans une perspective plus holistique.

Le ministère de la santé nous offre un budget qui nous permet d'avoir un dossier médical électronique, un budget pour recruter des secrétaires, des infirmières, cliniciennes, infirmières auxiliaires, même d'autres intervenants de la santé, comme par exemple une nutritionniste, une pharmacienne qui vient comme consultante dans le groupe, c'est pas des gens qui ont des postes nécessairement permanents, parfois, ils ont des services dans d'autres places, mais on est capable de bâtir une petite équipe à l'intérieur du CLSC (entrevue 3, 29 juin 2023).

Les interventions des nutritionnistes des CLSC ou même des organismes communautaires comprennent des évaluations nutritionnelles complexes et holistiques où plusieurs aspects de la santé nutritionnelle des clients sont explorés ainsi que des suivis réguliers. Ceci afin d'élaborer des plans d'intervention personnalisés, d'émettre des recommandations adaptées aux problématiques qui ont amené la personne à consulter et aussi de suivre les résultats des interventions et les adapter au besoin.

C'est beaucoup. Ben c'est une intervention qui est complexe. Une évaluation nutritionnelle c'est sûr que les questions que je pose vont toucher le côté culturel, l'organisation de la cellule familiale. On veut regarder aussi c'est quoi un petit peu l'historique migratoire, ça fait combien de temps qu'ils sont arrivés avec qui ils vivent dans le logement. On va regarder toute l'histoire de santé, soit de la mère durant sa grossesse, soit celle de l'enfant aussi, on va regarder... Puis ensuite, on va déterminer comment on doit travailler avec le parent, puis on va essayer de décortiquer ça en objectif simple et concret que le parent peut mettre en application. On va s'entendre avec eux et s'assurer que c'est faisable. Puis après ça, Ben, on va faire le suivi de chacun des objectifs, de chacune des étapes que le parent doit faire pour arriver au résultat. Exemple, si le résultat, c'est, mettons un enfant qui arrive avec de l'anémie parce qu'il manque de fer dans son alimentation, mais on va vérifier la quantité de fer que l'enfant consomme. On va calculer précisément, puis ensuite on va

enseigner aux parents. Ben voici les sources de fer, voici combien il devrait en avoir par jour. On va faire un suivi après deux semaines...combien de fer l'enfant consomme maintenant et que le parent a fait certains changements, alors c'est un petit peu comme ça qu'on travaille (entrevue 2, 26 juin 2023).

La première rencontre est vraiment longue. Elle est de 1h30, on fait une évaluation bio-psycho-sociale vraiment complexe. Vraiment longue (entrevue 4, 3 juillet 2023).

Les entretiens réalisés dans le cadre du projet ont révélé que les nutritionnistes communautaires agissent comme des agents de promotion des saines habitudes alimentaires auprès des populations migrantes de leurs territoires. En effet, durant leurs interventions, ils font de l'éducation nutritionnelle en fournissant des conseils dont les impacts positifs se font parfois ressentir dans les connaissances et pratiques alimentaires de ces populations. Ce rôle est essentiel, car il permet dans une certaine mesure de pallier les lacunes relatives au manque significatif de programmes de promotion de la saine alimentation ciblant les besoins réels des communautés ethnoculturelles. En dépit des avantages que présentent ces programmes de nutrition communautaire, les intervenants interviewés ont rapporté des sérieuses lacunes en lien avec les interventions déployées auprès des communautés migrantes non européennes, notamment des interventions axées sur des approches paternalistes et eurocentriques, une capacité d'intervention limitée, la méconnaissance des populations migrantes quant aux services offerts par les CLSC, des interventions manquant de sensibilité culturelle, des ressources insuffisantes, ainsi que des recommandations peu adaptées culturellement ou difficiles à mettre en œuvre pour des personnes présentant une insécurité financière ou vivant en situation d'insécurité alimentaire. Ces lacunes ont un impact négatif sur les résultats et l'efficacité des interventions.

Diverses nutritionnistes ont mentionné en effet que les interventions en nutrition au Québec sont fortement axées sur des paradigmes occidentaux et ont tendance à ne pas tenir compte des variations culturelles et ethniques pouvant exister dans la façon de voir la saine alimentation ou dans les pratiques alimentaires : « moi je trouve que c'est des lacunes comme qui sont un peu plus larges dans le sens juste, la façon qu'on voit, la saine alimentation, c'est très eurocentrique, très occidentalisé, et fait que des fois, c'est de défaire un peu ça (entrevue 5, 4 juillet 2023) ». Aussi, les nutritionnistes ont rapporté que l'approche utilisée lors des interventions s'avère souvent très paternaliste et en s'appuyant

sur une vision occidentale de ce que doit être la saine alimentation. Cette vision occidentale de la saine alimentation est souvent imposée aux nouveaux arrivants des cultures non occidentales : « *donc l'approche de l'accompagnement des personnes issues d'une communauté ethnoculturelle est encore très néocolonialiste, c'est très J'ai la science infuse donc je vais t'aider toi, pauvre toi, personne issue de l'immigration (entrevue 4, 3 juillet 2023)* ». Les intervenants ont mentionné que les budgets alloués par le gouvernement du Québec pour les interventions en nutrition communautaire permettent aux nutritionnistes d'intervenir uniquement dans un nombre limité de conditions médicales, ce qui a pour effet de restreindre l'accessibilité d'une proportion importante des personnes immigrantes aux services de nutrition communautaire des CLSC ou des organismes communautaires. Une autre lacune importante réside dans la méconnaissance des services autres que médicaux offerts dans les CLSC, tels que les services en soins infirmiers, les services nutritionnels et les services sociaux. Cette méconnaissance des services du CLSC de la part des communautés migrantes pose un grand défi quant à leur utilisation par ces communautés. Elle résulte notamment d'un manque de communication entre les différents services du CLSC et les organismes communautaires qui sont généralement le premier point de contact des populations migrantes avec les services publics québécois. En effet, si les organismes communautaires comprenaient mieux l'aspect multidisciplinaire des services offerts dans les CLSC, ils y référerait davantage leurs clientèles.

Alors au niveau du CLSC, l'incompréhension de la population locale c'est que la santé n'entoure pas uniquement le fait d'avoir un médecin de famille ? OK. Il faut penser que le CLSC offre des soins multidisciplinaires... L'immigrant qui arrive à un quartier à un moment, il devrait aller au CLSC dire bon, vous me dites qu'il n'y a pas de médecin ici pour moi, est-ce que je pourrais parler avec une infirmière ? Et puis, avec l'infirmière, l'individu pourrait dire, j'ai un peu peur de la haute pression dans ma famille, il y a eu des gens avec des problèmes cardiaques, qu'est-ce que je peux faire pour améliorer mes chances... Si la personne a aussi des problèmes de contraintes financières et a de la difficulté à acheter de la bonne nourriture et ne comprend pas où aller pour s'acheter des meilleurs aliments, elle pourrait avoir accès à une travailleuse sociale qui va lui expliquer, bon, voici les organismes dans votre quartier, ils peuvent vous pointer vers les magasins où vous pourrez acheter des choses à moindre prix, des prix plus économiques et de bonne qualité. Il y a des services et comme j'avais dit les nutritionnistes du CLSC parfois n'ont pas la liberté de voir ou d'expliquer ou de prendre en charge tous les problèmes. Parfois, ils sont obligés de cibler des problèmes qu'ils vont suivre. Mais en général, c'est cet aspect multidisciplinaire du CLSC n'est pas bien

utilisé par la population locale... Alors, je crois qu'il y a un manque de communication entre les différents services du CLSC et les organismes communautaires et ce lien pourrait-être amélioré pour que la population aussi comprenne qu'est-ce que je peux faire pour améliorer ma santé même si je n'ai pas un médecin (entrevue 3, 29 juin 2023).

Le manque de sensibilité culturelle et des compétences culturelles chez plusieurs nutritionnistes des CLSC et des organismes communautaires ont été également mentionnés par les intervenants interviewés comme étant des lacunes pouvant occasionner l'élaboration des recommandations culturellement peu adaptées et difficilement opérationnalisables pour les communautés ethnoculturelles. Ces intervenants ont aussi soulevé des difficultés rencontrées pour trouver des ressources pertinentes en nutrition à donner aux clients. Par exemple des sites de recettes validés scientifiquement et culturellement adaptés.

Je pense qu'il y a une approche que tu n'apprends pas à l'école puis que tu peux avoir quand t'es issu d'une autre culture. Ce n'est pas inné quand t'es québécois. C'est au niveau-là de dire Il n'y a pas une chose meilleure que l'autre. Au Congo, il y a des recommandations qui sont émises par la santé publique qui peuvent différer d'ici ce n'est pas parce que une est meilleure que l'autre, c'est juste deux réalités différentes. Et quand t'as quelqu'un en face de toi qui a entendu des recommandations, des approches différentes, ben faut être dans le respect et être dans le même niveau. Moi je suis au même niveau que mes patients... je sais mieux que toi et je vais te montrer comment éviter d'avoir de la salmonelle et comment nourrir ton enfant, tu sais y a comme toute une approche. Et pour ça, il faut te mettre un peu plus loin. Ce n'est pas l'école qui va t'apprendre ça, c'est toute une approche de savoir c'est quoi l'alimentation qui fait partie de l'identité de la personne et que dans ce cas ben c'est des pays qui ont souvent subi une colonisation donc qui ont une approche à leur culture, où est-ce qu'ils la voient inférieure à la culture occidentale et donc quand on émet des recommandations, c'est important de ne pas venir dénaturer ça parce que la pire chose que quelqu'un peut ressentir, c'est quand il sort d'un rendez-vous avec une nutritionniste, les recommandations ne sont pas adaptées.. C'est pour ça qu'il faut avoir ce niveau de sensibilité là et ça ne s'apprend pas en ce moment à l'école, mais qu'il faut avoir parce qu'on parle des pratiques culturelles, des habitudes culturelles et qu'on peut avoir un impact vraiment négatif selon moi sur la personne (entrevue 4, 3 juillet 2023).

Il faut que ça soit adapté à la personne, surtout les niveaux, incluant le niveau culturel. Sinon, si tu fais juste redonner une recommandation dans l'air, ben, ça va être difficile à appliquer. Et dans les lacunes, ben des fois t'sais je trouve, c'est un peu difficile à trouver, des ressources, des ressources à donner aux gens justement. Puis t'sais avec le temps, je commence à retrouver ou comme en tout cas à voir, mais par exemple, souvent, les gens veulent des recettes. Ça, c'est un enjeu et quelques-uns

*des sites ont des recettes intéressantes à donner, mais c'est plus difficile.
(Entrevue 5, 4 juillet 2023).*

5.3.2. Banques alimentaires

Au Québec, les banques alimentaires jouent un rôle crucial dans l'alimentation de nombreuses familles vivant en situation d'insécurité alimentaire (MELCCFP, 2019). Les données montrent qu'environ 600 000 personnes ont chaque mois recours au dépannage alimentaire afin de combler leurs besoins nutritionnels (MELCCFP, 2019). En 2019-2021, le nombre de personnes ayant eu recours à une banque alimentaire a augmenté d'environ 22%. L'aide apportée par ces banques alimentaires vise à combler les besoins nutritionnels de base des personnes vivant en situation d'insécurité alimentaire. La capacité des banques alimentaires à répondre aux besoins en denrées et produits alimentaires essentiels à une alimentation saine et équilibrée, dépend dans une large mesure de dons provenant de différentes sources, notamment de donateurs individuels, de producteurs agroalimentaires, de restaurants et d'épiceries (MELCCFP, 2019).

Les nutritionnistes avec qui nous avons réalisé des entretiens semi-directifs ont rapporté que de nombreuses personnes immigrantes aux prises avec une situation de précarité financière ou d'insécurité alimentaire sont généralement contraintes de recourir aux banques alimentaires afin de se procurer des produits alimentaires à faible coût pour combler leurs besoins nutritionnels.

Ouais. Pour la plupart, notre réponse première à l'insécurité alimentaire, c'est de les référer vers des banques alimentaires (entrevue 4, 3 juillet 2023)

Euh. comme j'ai dit dans ma clientèle, pratique privée, ça m'est pas vraiment arrivé, peut-être une fois, mais c'est moins commun dans la clientèle. Par contre, quand j'étais au dispensaire, puis justement que c'est des gens vraiment qui ont une grande précarité financière. C'est sûr, c'était la base. Là c'était d'emblée, presque toujours voir où la personne habitait les banques qui étaient à proximité (entrevue 5, 4 juillet 2023)

Afin de les aider à atteindre les objectifs nutritionnels du guide alimentaire canadien, les nutritionnistes des CLSC et des organismes communautaires réfèrent régulièrement les familles immigrantes à faible revenu aux banques alimentaires. Ces familles vivent des

contraintes pour se procurer certains aliments coûteux, mais essentiels à une bonne alimentation, tels que les fruits et les légumes.

Oui. C'est sûr que le coût des aliments qui a explosé, ça doit jouer là. J'imagine que c'est pas si évident que ça de consommer autant de légumes avec des budgets limités. D'où l'intérêt des banques alimentaires. Donc pour certaines familles, c'est presque nécessaire d'avoir accès à des aliments à faible coût comme dans les banques alimentaires, pour réussir à atteindre les objectifs nutritionnels de santé Canada. Donc ouais, veut veut pas c'est cher. C'est cher des légumes, c'est cher des fruits. Puis d'en consommer les quantités qu'on devrait, Ben ça coûte des sous fait que pour les familles à faible revenu c'est pas évident (entrevue 2, 26 juin 2023).

Les entretiens ont révélé certains défis auxquels sont confrontés les banques alimentaires et qui limitent leur offre alimentaire auprès des communautés migrantes non occidentales. En effet, les banques alimentaires étant très dépendantes de divers dons ou encore de surplus d'épicerie, leur offre alimentaire n'est généralement pas variée. Leur offre alimentaire est caractérisée par un manque d'aliments ethniques et une forte présence d'aliments ultra-transformés. Les aliments ultra-transformés, tels que les biscuits, les grignotines et les collations sucrées représentent une proportion importante des paniers de banques alimentaires : « j'ai aussi fait des stages dans des milieux communautaires avant ça, des fois les paniers ne sont pas toujours intéressants au niveau nutrition, des fois c'est plein de biscuits, plein de produits ultra-transformés aussi... (entrevue 5, 4 juillet 2023) ». Parfois, des produits alimentaires frais sont proposés aux familles immigrantes non occidentales. Toutefois, ces aliments frais font habituellement partie des cuisines occidentales et sont nouveaux pour ces familles qui ne les intégreront finalement pas dans leur alimentation

Si c'est des produits frais, ben des fois c'est pas nécessairement des produits que tu connais non plus. Euh. Par exemple, quelqu'un m'avait dit qu'ils avaient reçu un artichaut, ils savaient vraiment pas c'était quoi un artichaut, puis comment cuisiner, fait que c'est comme oui, c'est le fun tu reçois un aliment, mais si ça te dit rien et ce n'était pas nécessairement des gens qui avaient accès à l'internet ou bien un ordi à la maison. En fait, tu vois ça, tu ne sais pas comment le cuisiner ? Ben des fois c'est comme poubelle, c'est fait (entrevue 5, 4 juillet 2023).

D'un autre côté, certaines familles immigrantes ont déclaré connaître parfois les légumes proposés, notamment les haricots, les lentilles ou les pois chiches, mais qu'ils ne sont pas présentés dans la forme qu'ils connaissent et ne savent donc pas comment les cuisiner.

Ensuite, le challenge, c'est que les ressources qu'on leur met à disposition, comme des banques alimentaires et tout, bah, il n'y a pas des aliments qui sont culturellement adaptés ou des aliments qu'elles connaissent, mais qu'elles ne savent pas comment utiliser sous cette forme-là ? T'sais en Afrique, on utilise des haricots, des lentilles, des pois chiches, mais sous forme naturelle, donc ici on va leur donner dans des boîtes en conserve et donc c'est comme mais je le mets à quel moment dans la sauce je le fais comment, il est déjà cuit (entrevue 4, 3 juillet 2023)

Une autre lacune soulevée dans l'offre alimentaire des banques alimentaires est que leurs paniers sont généralement non adaptés à la diversité des cuisines, aux besoins culturels et aux restrictions religieuses. Ceci est dû à un manque de ressources financières faisant que les banques alimentaires doivent constamment trouver un équilibre précaire entre les besoins des familles et la disponibilité des denrées. Des efforts ont été déployés ces dernières années par ces organismes afin de diversifier l'offre alimentaire et l'adapter aux besoins culturels et religieux.

Il y a beaucoup de contraintes de ce côté-là parce que les banques alimentaires dépendent beaucoup des surplus des épiceries et ils n'ont pas toujours, les organismes n'ont toujours les moyens d'acheter les aliments qui sont parfaitement adaptés culturellement aux besoins des gens. Donc je ne suis pas certaine qu'on trouve tant que ça des aliments halal comme du poulet ou de la viande. Je ne suis pas certaine que les légumes sont toujours culturellement connus et adaptés et reconnus par ces gens-là donc. Moi j'ai donné un atelier récemment dans un organisme communautaire qui a des paniers alimentaires et on m'indiquait par exemple Bon, Ben voici les légumes qui sont souvent délaissés ou les produits qui sont souvent délaissés dans les paniers de denrées. Est-ce que c'est possible d'en parler pour que les gens apprennent à les utiliser. Donc on cherche plutôt à éduquer les gens à comment utiliser les produits qui sont disponibles... qu'on n'arrive pas toujours à adapter les paniers aux besoins culturels il y a un effort qui est fait dans ce sens-là, il y a une volonté, il y a un intérêt à le faire, mais des fois, c'est pas toujours possible avec ce qui est disponible donc. Là, je sais que les organismes sont vraiment comme sur un équilibre précaire entre les besoins des familles et qu'est-ce qui est disponible (entrevue 2, 26 juin 2023).

Les nutritionnistes interviewés rapportent que ces services d'aide alimentaire peuvent être inaccessibles aux immigrants fraîchement arrivés et aux immigrants illégaux en situation

d'insécurité financière, étant donné que la majorité des banques alimentaires exigent des preuves de revenus ou d'adresse. Pour pallier ce défi, l'organisme Médecins du Monde a développé à Montréal un programme intitulé « Montréal sans peur » dans lequel des cartes d'identification sont distribuées aux immigrants en situation irrégulière afin de leur permettre d'accéder aux banques alimentaires sans avoir à fournir une preuve de revenus ou d'adresse. On devrait étendre ce type de programmes à l'ensemble des villes de la province afin d'améliorer l'accessibilité de ces catégories d'immigrants aux services de dépannage alimentaire.

Et ben y a plusieurs banques, ça s'améliore de mieux en mieux maintenant, mais plusieurs banques que si tu n'as pas de de preuve de revenus, une preuve d'adresse, ben tu peux pas avoir accès à ça. Beaucoup de personnes issues de l'immigration quand ils arrivent dans un pays habitent pas dans un appartement, ils habitent chez quelqu'un, ami, connaissance de la famille donc Il n'y a pas de preuve d'adresse mais ils n'ont pas de preuve de revenu surtout s'ils ont pas un statut légalisé. Donc c'est sûr que ça devient plus difficile dans cette situation-là. Maintenant, Médecins du monde a développé un programme qui s'appelle "Montréal sans peur" juste comme ça où est ce que tu vas faire une carte et tu peux mettre ton nom, le nom que tu veux soit ton prénom seulement prénom et nom de famille, et tu peux mettre soit l'adresse soit juste les trois premières lettres de ton code postal. Puis c'est une carte d'identification qui te donne accès à ce genre de ressources, euh comme des banques alimentaires (entrevue 4, 3 juillet 2023).

5.4. Défis liés à la promotion de la saine alimentation auprès des communautés ethnoculturelles du Québec

L'alimentation représente un déterminant essentiel de la santé des populations. Elle a un impact considérable sur les dépenses publiques directes et indirectes liées à la santé au regard de son importante contribution dans le fardeau des maladies chroniques. Au Québec, la promotion de la saine alimentation représente depuis plusieurs décennies une préoccupation majeure pour le gouvernement comme pourraient en témoigner les nombreux rapports, politiques et plans d'action ayant documentés la relation entre la santé et une saine alimentation, notamment la Politique québécoise en matière de nutrition de 1977, la Politique de la santé et du bien-être de 1992, le Programme national de santé publique de 2003 et 2015 ou encore la Politique de souveraineté alimentaire de 2013 (Vérificateur général du Québec, 2015). En outre, le gouvernement Jean Charest a créé

en 2007 le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie dont l'objectif est de financer des projets visant à promouvoir la saine alimentation et l'activité physique en complémentarité avec le Plan d'action gouvernemental en matière de saine alimentation et de mode de vie actif (Vérificateur général du Québec, 2015). En dépit de tous les efforts déployés par le gouvernement du Québec pour promouvoir la saine alimentation, un rapport du Vérificateur général du Québec a montré que le gouvernement à travers son Ministère de la santé et des services sociaux n'a pas assumé le leadership requis pour la promotion d'une saine alimentation au Québec (Vérificateur général du Québec, 2015). Selon ce rapport, la promotion de la saine alimentation au Québec souffre de graves lacunes limitant l'atteinte des objectifs gouvernementaux.

D'autre part, en ce qui concerne les communautés migrantes et ethnoculturelles, lors de notre analyse documentaire ainsi que des entretiens semi-directifs que nous avons réalisés auprès des nutritionnistes, nous n'avons trouvé aucun programme de promotion de la saine alimentation d'envergure provinciale ciblant spécifiquement ces communautés. Toutefois, les intervenants interviewés ont timidement mentionné quelques programmes principalement à Montréal qui ciblent la population en général incluant les communautés migrantes. Ces programmes n'étant généralement pas spécifiques aux communautés ethnoculturelles sont peu adaptés à leurs réalités et besoins. Les intervenants ont également mentionné le guide alimentaire canadien comme principal outil de promotion de la saine alimentation, mais aussi les recommandations de la santé publique provenant des directions régionales de la santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Les intervenants ont mentionné plusieurs lacunes liées à ces programmes, au guide alimentaire canadien et aux recommandations de santé publique en lien avec la promotion de la saine alimentation auprès des communautés ethnoculturelles.

5.4.1. Guide alimentaire canadien

Le guide alimentaire canadien est l'un des principaux outils utilisés par les nutritionnistes communautaires pour promouvoir les saines habitudes alimentaires auprès des familles immigrantes et aussi pour faire de l'éducation nutritionnelle auprès de ces familles. Du point de vue de certains nutritionnistes, le guide constitue un outil universel et accessible à tout le monde, quoi qu'il ne soit pas toujours adapté à la réalité et aux besoins des personnes immigrantes et de leurs familles : « *Il y a évidemment Santé Canada qui a mis*

au point le guide alimentaire canadien, qui est l'une des stratégies de promotion des saines habitudes alimentaires. C'est un outil qu'on utilise quand même dans notre travail qui n'est pas toujours parfaitement adapté à la réalité de nos familles. Donc des fois on l'utilise des fois non, mais c'est quand même un outil qui se veut universel et quand même accessible à tous (entrevue 2, 26 juin 2023) ». Selon de nombreux nutritionnistes interviewés, le guide alimentaire canadien est accessible puisqu'il est traduit en différentes langues : « avec les guides, ils l'ont traduit en plusieurs langues, fait que c'est disponible mais ce n'est pas disponible c'est sûr, en toutes les langues non plus (entrevue 5, 4 juillet 2023) ». Cependant, il n'est ni inclusif, moins encore adapté aux besoins ethnoculturels et aux différentes classes socio-économiques. Le guide n'est pas inclusif dans la mesure où le modèle de l'assiette qui y est présenté n'est pas représentatif des pratiques alimentaires ou de la façon de manger d'une bonne proportion de personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles. Par exemple, plusieurs familles immigrantes d'Afrique de l'Ouest ne mangent pas dans une assiette, mais plutôt dans un bol. De plus, les légumes ne sont pas consommés tel que présenté dans le guide, mais plutôt souvent intégrés dans une sauce.

Non, je pense qu'il ne l'est vraiment pas. Un, il n'est pas inclusif, je veux dire ça. On oublie toute une couche de la société qui mange pas dans une assiette. Je veux dire, moi je ne mange pas tous mes repas dans une assiette, soit des petites assiettes à partager ou une grosse assiette. Il y a des gens qui mangent donc un bol déjà à la base, ce n'est pas une assiette, c'est un petit peu, ça te dit qu'il faut que tu prennes ton assiette et tu mets des petits légumes et des féculents, ensuite, c'est pas comme ça que les gens, beaucoup de personnes mangent parce que les légumes sont intégrés dans une sauce, les gens mangent en mijoté ou en sauce, surtout les gens qui sont pas québécois de souche. Non y a toute une approche derrière, à revoir. Il y a tout un... puis c'est sûr qu'on peut pas représenter tout le monde, mais en faisant un effort d'inclure plus qu'un modèle où d'avoir un modèle plus inclusif. Peut-être que tu ne vas pas représenter la personne qui habite une certaine culture d'Algérie, qui est vraiment très minoritaire. Mais elle va voir que y a plus qu'un modèle possible et elle fera l'effort d'adapter son alimentation. Mais quand tu vois une assiette avec des petites salades, des petites laitues, ta petite tomate et ton petit riz, ton petit morceau de saumon. C'est tellement loin de ce que la majorité des personnes mangent, que c'est comme je ne veux même pas essayer. C'est comme loin, c'est ailleurs (entrevue 4, 3 juillet 2023).

L'assiette du guide est très occidentale et ne présente pas la diversité culturelle des cuisines qu'on pourrait retrouver au Québec et au Canada, ce qui fait que plusieurs

personnes immigrantes pourraient ne pas se reconnaître à travers le guide alimentaire canadien tel qu'il existe présentement. Sur le plan socio-économique, l'assiette du guide n'est pas non plus représentative des différentes classes socio-économiques pouvant exister au Québec. Par exemple, dans le nouveau guide, les fruits et légumes illustrés dans l'assiette sont frais, alors que de nombreuses familles à faible revenu vont consommer davantage des fruits et légumes surgelés et en conserve, étant donné qu'ils sont plus économiques et donc financièrement plus abordables.

Euh enfin moi la problématique que je vois, c'est toujours comme l'adaptation culturelle. T'sais le guide alimentaire canadien, c'est une façon de promouvoir. Mais encore une fois, quand je le regarde, je vois des problématiques côté culturel. Et justement, beaucoup de gens comme qui viennent de différents pays ne vont pas se reconnaître à travers ces guides-là... Je trouve que le guide alimentaire canadien, le nouveau, il y a beaucoup de choses qui sont mieux par rapport à l'ancien... Mais une des grosses lacunes, c'est sûr, c'est au niveau de l'adaptation pour les différentes cultures. Euh. Premièrement, pas uniquement pour les différentes cultures, mais je dirais même pour les différents niveaux socio-économiques par exemple quand tu regardes l'assiette, déjà les fruits et légumes ont l'air frais. Tu sais, dans l'ancien guide, il y avait par exemple la représentation des légumes en conserve et des légumes congelés. Et ça aurait été bien que ça soit comme clairement mieux aussi dans l'assiette parce que justement, ça c'est une façon des fois d'aller chercher les légumes de façon plus accessible, soit au niveau des sous.... Et juste quand tu regardes les guides, il n'y a pas quelque chose qui est très culturel là-dedans et oui c'est correct de montrer les fruits et légumes d'ici. Mais même quand tu regardes l'assiette...tu vas voir beaucoup les fruits et légumes crus... les gens qui viennent me voir, ils sont surpris de savoir que les légumes cuits ça va être bon aussi pour leur santé. Puis euh, ce qu'on projette c'est la salade, c'est les crudités et ça peut être un bloqueur parce que ben les gens ne sont pas forcément habitués à manger la salade, les crudités...bref quand tu regardes ce guide, ça représente pas nécessairement ton assiette (entrevue 5, 4 juillet).

5.4.2. Quelques programmes communautaires existants et les recommandations de santé publique

Quelques initiatives intéressantes mises sur pied dans différentes villes de la province et visant la promotion de la saine alimentation ont été mentionnées par les participants au projet, entre autres, le Programme Olo, le Programme Carte Proximité, les Jardins collectifs, RécupérAction alimentaire de Charlesbourg ou encore Concert'Action AlimenTerre Charlesbourg.

Plusieurs participants ont parlé du Programme Olo qui est un programme national mis sur pied par la Fondation Olo et qui offre gratuitement aux femmes enceintes à faible revenu un suivi et des conseils nutritionnels personnalisés et adaptés aux besoins de la femme enceinte et de son bébé, pendant et après la naissance, et ce jusqu'à l'âge de 2 ans. Les participants y réfèrent plusieurs de leurs clientes immigrantes à ce programme. Des suppléments alimentaires, dont les multivitamines, sont aussi régulièrement distribués gratuitement aux familles par des intervenants du programme : « *Ben c'est sûr qu'il y a des programmes comme le programme Olo, la Fondation Olo soutient beaucoup les familles durant la grossesse et après la grossesse, donc quand l'enfant est né jusqu'à l'âge de 2 ans (entrevue 2, 26 juin 2023)* ». La Fondation Olo a développé en partenariat avec le Dispensaire diététique de Montréal, le Guide des habitudes alimentaires des communautés culturelles "Découvrir le monde et ses diverses saveurs" qui est un outil complet de promotion des saines habitudes alimentaires adapté à la diversité culturelle des cuisines de 11 régions du monde et destiné aux intervenants et professionnels de la nutrition œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles : « *Donc il y a ça. Ensuite, il y a un guide qu'on a développé qui s'appelle découvrir le monde et ses diverses saveurs, je ne sais pas si t'as connu ça, il est bien. Il a été développé par le dispensaire et OLO (entrevue 4, 3 juillet 2023)* ».

Un autre programme qui a été mentionné est le Programme Carte Proximité du Carrefour solidaire qui est un programme déployé chaque année à Montréal entre juillet et octobre et visant à améliorer l'accès aux aliments sains pour les personnes vivant en situation d'insécurité financière et soutenir les systèmes alimentaires locaux. Dans le cadre de ce programme, des coupons nourriciers dits "nutri-dollars" sont distribués aux ménages pour leur permettre de se procurer diverses denrées notamment les fruits et légumes, les œufs et les produits laitiers.

Dans la ville, il y a le projet de carte proximité, que j'ai personnellement entendu parler. bah c'est chaque été de juillet à octobre, ça fait trois ou quatre ans que le projet existe. Ils peuvent remettre jusqu'à 100\$ par mois selon la grosseur de la famille et ils vont dans les marchés solidaires, les familles vont dans le marché solidaire avec la carte et ils peuvent acheter des aliments qui ont un genre de tampons spécial. Au début, c'était que des fruits et légumes. C'était pour faire connaître les produits locaux. Ça s'est maintenant agrandi un peu plus aux œufs, au lait, aux produits laitiers. Donc c'est un projet de promotion des saines habitudes de vie (entrevue 4, 3 juillet 2023).

Il y a aussi les jardins collectifs qui ont été mentionnés comme des initiatives pertinentes pouvant favoriser l'autonomie alimentaire des personnes à faible revenu et des nouveaux arrivants. Certains organismes à travers la province ont mis sur pied diverses initiatives relatives aux jardins collectifs, par exemple, le Carrefour alimentaire Centre Sud de Montréal qui a développé une serre collective et un marché public afin de lutter contre l'insécurité alimentaire chez les personnes à faible revenu. Toutefois, les participants mentionnent que l'accès à ces initiatives de jardins collectifs sont pour l'instant peu accessibles aux populations migrantes. Les populations migrantes connaissent très peu ces initiatives. Elles font également face à des difficultés pour participer à ces initiatives. De plus, le gouvernement, les municipalités et les organismes communautaires s'impliquent actuellement très peu dans ce type d'initiatives.

Moi, j'aime beaucoup par exemple l'idée du jardinage urbain ou des jardins collectifs pour augmenter l'autonomie alimentaire des personnes à faible revenu, des nouveaux arrivants, c'est encore très limité. L'accès à ces jardins là ce n'est pas toujours facile pour eux de 1 de savoir que ça existe, de 2 de pouvoir trouver comment rentrer dans ces groupes-là donc, mais je pense que ça serait quelque chose peut être à développer davantage, que ça soit soutenu par les villes, par le les différents paliers de gouvernement et les organismes communautaires pourraient s'impliquer. Mais moi, c'est une idée que je pense qu'il mériterait d'être explorée davantage. Il y a des organismes qui le font super bien. Là, le carrefour alimentaire Centre-Sud à Montréal réussit des choses incroyables avec différentes initiatives dont je pense qu'ils ont même une serre collective qui produit des denrées à l'année, ils ont un marché public aussi, ils ont beaucoup d'initiatives contre l'insécurité alimentaire pour les gens à faible revenu. Donc il y a de la place pour, disons, implanter des initiatives un petit peu partout (entrevue 2, 26 juin 2023).

Les participants au projet ont évoqué à maintes reprises la question du sous-financement, de la pérennisation et de la faible implication des instances gouvernementales dans les initiatives de promotion de la saine alimentation mises sur pied à travers la province. En effet, le manque de financement et la faible implication des acteurs politiques et communautaires dans ces programmes font que d'une part il devient difficile d'étendre les initiatives déployées et d'autre part d'assurer leur pérennisation.

Non, mais c'est d'avoir quelque chose de plus pérenne dans le temps, T'sais par exemple le projet en ce moment, Carte proximité c'est quatre mois, je veux dire quatre mois dans une année, tu ne sauves pas le monde

que d'avoir quelque chose de plus régulier, de plus inclusif. Tu sais par exemple y a déjà eu des modèles mais qui n'ont pas perduré dans le temps comme de, de jardins collectifs. Des choses que les gens cultivent même participent à ça pour rendre ça plus pérenne dans le temps, mais toujours des manques de financement dans ce genre de projet là. Puis ça finit par mourir après quelque temps. Un projet de carte de proximité, c'est très cool, c'était très bien. Ensuite, c'est ça, ce n'est pas toute l'année donc c'est juste l'été donc après les gens se sont habitués à ça ou ont appris à adapter leur budget avec ce 100\$ -là qui disparaît. Faut faire attention, t'sais toujours ça dans l'insécurité alimentaire, c'est qu'il faut faire attention de ne pas donner une béquille que tu vas enlever (entrevue 4, 3 juillet 2023).

Enfin, des lacunes en lien avec les recommandations de santé publique ont été mentionnées. Certains participants ont déclaré que la façon dont les recommandations de santé publique en lien avec l'alimentation sont émises ne permet pas de rejoindre la proportion de la population qui en a le plus besoin. En effet, les recommandations de santé publique semblent être accessibles aux personnes plus technophiles et possédant un niveau relativement bon de littératie. Ainsi, de nombreuses personnes avec un niveau de littératie plus faible, une charge mentale plus élevée due notamment à des contraintes socio-économiques ou encore moins technophiles sont moins touchées par ces recommandations. Les participants déplorent en outre le manque de communication entre la santé publique et les organismes.

C'est parce que j'ai fait un podcast avec quelqu'un où est-ce qu'on en parle juste de ça, de comment les recommandations de santé publique en général sont faites pour les personnes qui vont chercher l'information. C'est fait pour des personnes dans la trente-quarantaine, qui ont une bonne littératie, qui ont la place pour la charge mentale, c'est que tout va bien dans leur vie, qui ont des grands-parents, des cousins, qui vont garder leurs enfants et donc eux vont aller sur Internet et chercher quelle est la meilleure façon de nourrir mon enfant. c'est pas fait pour la personne qui est monoparentale, pas d'argent, a trois enfants à sa charge, qui n'a pas le temps d'aller lire, qui n'a pas le temps de faire les recherches. Les recommandations ne sont pas faites pour aller rejoindre la partie de la société qui en a le plus besoin parce que c'est ces personnes-là qui ont le plus besoin. C'est eux qui sont isolés, c'est eux qui n'ont pas une amie qui va lui dire, tu sais, c'est pas comme ça qu'on prépare un biberon, tu sais, c'est pas bien de donner ça à son enfant. C'est tout une couche qui est isolée, à qui ces recommandations-là devraient le plus... c'est eux qu'on devrait faire un effort pour aller rejoindre, parce que la santé publique devrait rejoindre tout le monde, donc c'est ça (entrevue 4, 3 juillet 2023).

5.5. Forces et limites de l'étude

Ce projet d'intervention est à notre connaissance le premier au Québec sur la prévention des syndromes coronariens aigus en ciblant les transformations post-migratoires des habitudes alimentaires des populations migrantes. Les conclusions de ce projet contribuent à une meilleure compréhension des facteurs qui influencent les habitudes et choix alimentaires postmigratoires des populations migrantes non occidentales du Québec. Certaines limites sont à prendre en compte. Premièrement, les études portant sur la transition nutritionnelle en contexte migratoire ainsi que sur les cardiopathies ischémiques chez les communautés migrantes sont rares et généralement peu récentes. Deuxièmement, la taille de notre échantillon était petite. Le taux de participation était faible et n'a donc pas permis l'atteinte de la saturation des données. De plus, l'échantillon n'était pas représentatif des caractéristiques de notre population cible, étant donné que plusieurs villes d'accueil aux réalités uniques n'ont pas été représentées. De plus, la méthode d'échantillonnage par choix raisonné qui a été utilisée pour sélectionner les participants au projet pourrait présenter certains biais dont une certaine subjectivité dans les critères de sélection qui auraient pu être empreints des opinions de l'étudiant responsable du projet. Troisièmement, les guides d'entretiens élaborés pour collecter les données qualitatives pourraient également présenter certaines limites. En effet, certaines questions auraient pu être mal comprises par les participants ou prêter à confusion en raison de leurs formulations ou encore la formulation de certaines questions aurait pu orienter certaines réponses des participants. Toutefois, les termes utilisés dans les guides d'entretien ont été adaptés en fonction du domaine d'expertise du participant. Finalement, les données provenant de ces entretiens pourraient davantage refléter la perception des participants au projet quant aux services et programmes offerts aux immigrants ainsi qu'aux réalités auxquelles ils sont confrontés. Cette perception pourrait en effet significativement différer de celle des populations migrantes elles-mêmes. Il aurait été pertinent par souci de triangulation, de diversifier les sources de données et, en raison de la faible taille de l'échantillon d'inclure certaines personnes immigrantes dans l'échantillon afin d'avoir leurs réelles perceptions de ces services et programmes ainsi que de leurs réalités.

CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS

Ce projet d'intervention propose une série de recommandations axées sur des bonnes pratiques en matière d'intégration économique et sociale et de promotion des transitions nutritionnelles saines afin d'améliorer la santé nutritionnelle des immigrants et de renforcer les programmes de prévention primaire des cardiopathies ischémiques. Ces recommandations ciblent principalement trois axes d'intervention touchant les immigrants non européens, soit l'amélioration de l'intégration économique, l'amélioration de l'intégration sociale et la promotion des transitions nutritionnelles saines. Elles permettent ainsi d'agir au-delà de l'alimentation.

6.1. Axe d'intervention 1 : Améliorer l'intégration économique

- **Pour le Ministère de l'Immigration, Francisation et Intégration : Programme d'aide à la reconnaissance des compétences (PARC), Francisation Québec et Programme d'accompagnement et de soutien à l'intégration (PASI)**

- i. Développer des approches visant à faciliter la reconnaissance des diplômes étrangers et des expériences professionnelles acquises hors Canada auprès des employeurs québécois et des ordres professionnels;
- ii. Bonifier les services de francisation en élargissant les programmes d'intégration linguistique en milieu de travail afin de pallier le désistement des élèves en francisation et accroître le taux d'atteinte de l'autonomie langagière. Ceci permettrait aux immigrants qui apprennent le français de s'assurer d'un revenu d'emploi durant leur formation linguistique. Il faudrait en outre réduire les délais pour s'inscrire à la formation linguistique au Québec afin d'atténuer leurs impacts délétères sur la démarche d'intégration des immigrants ;
- iii. Offrir aux élèves en francisation plus d'opportunités de pratiquer leur français et de renforcer leurs compétences linguistiques en dehors des classes de francisation. Par exemple, le Gouvernement pourrait allouer des fonds supplémentaires aux centres de francisation pour la mise sur pied d'activités parascolaires de loisirs hebdomadaires ;
- iv. Bonifier les subventions allouées aux services communautaires d'accompagnement et de soutien en employabilité afin d'assurer un meilleur accompagnement des personnes migrantes.

6.2. Axe d'intervention 2 : Améliorer l'intégration sociale

- Pour les organismes communautaires et municipalités partenaires d'ACCÉSSS

- i.** Accroître l'offre d'activités interculturelles par les organismes communautaires et les municipalités autant dans les quartiers très multiculturels que dans les quartiers avec moins de diversité;
- ii.** Les organismes communautaires et les municipalités devraient proposer des activités interculturelles plus inclusives, c'est-à-dire les adapter culturellement afin d'accroître la participation des personnes issues des communautés ethnoculturelles. Par exemple, on pourrait proposer davantage d'activités sportives interculturelles pouvant se pratiquer aisément avec un hijab afin de favoriser la participation des femmes musulmanes ou encore offrir des ateliers de cuisine collective qui tiennent compte des interdits alimentaires religieux;
- iii.** Bonifier l'offre d'activités sociales pour les familles immigrantes dans les maisons de quartier.

6.3. Axe d'intervention 3 : Promouvoir les transitions nutritionnelles saines

6.3.1. Intervention en nutrition communautaire au Québec

- Pour les CLSC, organismes d'intervention en nutrition et Réseau des banques alimentaires du Québec

- i.** Améliorer l'accès aux services des nutritionnistes communautaires (organismes communautaires et CLSC) en réduisant les délais d'attente et en élargissant les critères d'accès pour les personnes migrantes. Étant donné que les résultats de l'étude montrent que les nutritionnistes agissent comme principaux agents de promotion des saines habitudes alimentaires auprès des communautés migrantes en situation d'insécurité alimentaire, il paraît essentiel d'améliorer l'accessibilité à leurs services pour les personnes migrantes dont l'état de santé nécessite un suivi nutritionnel;
- ii.** Offrir aux nutritionnistes du réseau de santé communautaire plus de formations et d'ateliers visant à accroître leur sensibilité culturelle et leurs compétences culturelles afin

de favoriser l'adoption d'approches moins paternalistes, moins eurocentriques et plus adaptées aux réalités des communautés ethnoculturelles. En outre, il pourrait être pertinent d'intégrer ces formations dans le cursus universitaire afin de s'assurer que l'ensemble des nutritionnistes formés au Québec possèdent la sensibilité et les compétences culturelles requises pour intervenir en contexte de diversité culturelle;

iii. Améliorer la communication entre les différents services des CLSC et les organismes communautaires afin de palier l'enjeu lié à la méconnaissance des immigrants quant aux services offerts dans les CLSC et de leur aspect multidisciplinaire;

- Pour le Ministère de la solidarité sociale et de l'Action communautaire et le Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation

i. Bonifier les subventions gouvernementales destinées aux banques alimentaires et autres organismes de dépannage alimentaire afin d'améliorer leur offre alimentaire. Une telle mesure permettrait non seulement d'augmenter l'offre d'aliments ethniques ou culturels et d'adapter les paniers de provisions à la diversité des cuisines et aux restrictions religieuses, mais aussi de réduire la présence d'aliments ultra-transformés dans les paniers de provisions des banques alimentaires;

ii. Favoriser l'accès aux services de dépannage alimentaire ou de banques alimentaires pour les immigrants en situation irrégulière et les immigrants nouvellement arrivés au Québec. Les preuves de revenus et d'adresse souvent exigées pour accéder aux services de banques alimentaires limitent l'accès pour ces catégories d'immigrants. Les organismes des autres villes québécoises devraient s'inspirer des initiatives comme « Montréal sans peur » mise en place par l'organisme Médecins du Monde à Montréal pour améliorer l'accessibilité aux banques alimentaires pour ce type d'immigrants.

6.3.2. Programmes de promotion de la saine alimentation au Québec

- Pour Santé Canada : Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition

i. Rendre le guide alimentaire canadien plus inclusif et plus adapté à la diversité des cuisines et aux différentes classes socio-économiques. Étant donné le manque de représentativité et d'inclusion du modèle d'assiette du guide alimentaire canadien actuel, il conviendrait soit de présenter un modèle de l'assiette plus représentatif et inclusif ou

encore d'en présenter plusieurs. Le modèle de l'assiette du guide devrait également être adapté aux pratiques alimentaires des personnes à faible revenu. Par exemple, en lieu et place d'illustrer uniquement des fruits et légumes frais, l'assiette du guide pourrait inclure des fruits et légumes surgelés ou en conserve qui sont plus consommés par les personnes de faible niveau socio-économique, car ils sont financièrement plus abordables que les fruits et légumes frais;

ii. Bonifier les financements gouvernementaux et accroître l'implication des acteurs politiques et communautaires dans certaines initiatives communautaires de promotion de la saine alimentation et de lutte contre l'insécurité alimentaire, notamment les jardins collectifs ou encore divers autres programmes de suivi nutritionnel et de soutien alimentaire comme Olo ou Carte proximité. Des financements gouvernementaux conséquents et une forte implication des acteurs politiques et communautaires permettraient d'étendre ce type d'initiatives et d'assurer leur pérennisation;

iii. Élaborer des méthodes culturellement appropriées pour fournir une éducation nutritionnelle aux immigrants à la fois dans la communauté et dans les établissements de soins de santé;

iv. En raison de la forte influence des enfants sur les pratiques alimentaires des parents et des familles migrantes, il paraît pertinent d'élaborer des programmes et stratégies d'éducation nutritionnelle ciblant à la fois les enfants et leurs parents. Des approches plus inclusives dans les interventions à l'école favoriseraient le maintien d'habitudes alimentaires traditionnelles chez les enfants immigrants d'âge scolaire et auraient un impact positif sur les pratiques alimentaires familiales;

v. Mettre sur pied des stratégies de santé publique ciblant les immigrants récents non occidentaux et visant la diffusion sur les réseaux sociaux des renseignements sur la saine alimentation et les épiceries traditionnelles à proximité ;

vi. Afin de pallier les contraintes de temps et le recours aux plats cuisinés causés par le rythme de vie occidental, les organismes communautaires pourraient offrir des ateliers d'éducation nutritionnelle sur les stratégies pour réduire le temps de cuisine. Par exemple, la simplification des recettes ou l'adoption de nouvelles techniques de cuisine;

vii. Développer des partenariats avec les centres de francisation, les classes d'accueil et les centres d'éducation des adultes afin de mettre sur pied des activités éducatives destinées aux nouveaux arrivants et portant sur la saine alimentation et l'adoption d'un mode de vie sain.

CONCLUSION

Les cardiopathies ischémiques dont les syndromes coronariens aigus constituent en tout point une préoccupation sanitaire majeure au Québec en raison de leur fardeau social et économique ainsi que de la pression exercée sur le système de santé. Chez les immigrants, la fréquence de ces troubles est associée à la durée de séjour au Québec et à l'ethnicité. Les immigrants non européens et de longue date sont les plus touchés par les cardiopathies ischémiques. La transition nutritionnelle fait partie des principaux facteurs influençant la survenue de ces pathologies chez les immigrants et contribuant à la dégradation progressive de leur état de santé global. Divers facteurs socio-économiques, psychosociaux, comportementaux et environnementaux sont responsables d'une transition nutritionnelle malsaine chez les populations migrantes non occidentales du Québec. Ces facteurs résultent pour la plupart des défis liés au processus d'intégration et d'acculturation des immigrants non européens au Québec. Ainsi, améliorer l'intégration sociale et économique et promouvoir une transition nutritionnelle saine sont essentiels pour prévenir les cardiopathies ischémiques chez les immigrants non européens et réduire leur fardeau sur le système de soins de santé et la société québécoise. Pour ce faire, il paraît important d'envisager de nouvelles pistes de recherche et d'intervention axées sur des bonnes pratiques en matière d'intégration et de promotion des saines habitudes alimentaires.

BIBLIOGRAPHIE

Adhikari, R., & Sanou, D. (2012). Risk factors of diabetes in Canadian immigrants: A synthesis of recent literature. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(3), 142-150.

Adjei, J. K., Adu, P. A., & Ackah, B. B. B. (2020). Revisiting the healthy immigrant effect with diabetes risk in Canada: why race/ethnicity matters. *Ethnicity & Health*, 25(4), 495–507. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1567697>

Amireault, V. (2015). L'alphabétisation des immigrants adultes faiblement scolarisés au Québec. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, (70), 28-33.

Angelico, F., Baratta, F., Coronati, M., Ferro, D., & Del Ben, M. (2023). Diet and metabolic syndrome: a narrative review. *Internal and emergency medicine*, 18(4), 1007–1017. <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03226-7>

Atwood J. (2022). Management of Acute Coronary Syndrome. *Emergency medicine clinics of North America*,40(4), 693–706. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2022.06.00818>.

Ballon, N., Berthoz, S., Brunault, P., & Rigal, N. (2015). L'alimentation est-elle soluble dans la psychologie et la psychiatrie? Cas de l'alimentation émotionnelle et de l'addiction à l'alimentation. *European Psychiatry*, 30(S2), S29-S29.

Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27, 231-246. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0231>

Batal, M., Steinhouse, L., & Delisle, H. (2018). La transition nutritionnelle et le double fardeau de la malnutrition. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(4), 345-350.

Battaglini, A., Chomienne, M.-H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada: état des connaissances, interventions et enjeux. *Global Health Promotion*, 21(1 Suppl), 40–5. <https://doi.org/10.1177/1757975913512159>

Becattini, S., Taur, Y., & Pamer, E. G. (2016). Antibiotic-Induced Changes in the Intestinal Microbiota and Disease. *Trends in molecular medicine*, 22(6), 458–478. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2016.04.003>

Begley, A., Butcher, L. M., Bobongie, V., & Dhaliwal, S. S. (2019). Identifying Participants Who Would Benefit the Most from an Adult Food-literacy Program. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1272. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071272>

Béji, K. & Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65(4), 562–583. <https://doi.org/10.7202/045586ar>

- Berberich, A. J., & Hegele, R. A. (2022). A Modern Approach to Dyslipidemia. *Endocrine reviews*, 43(4), 611–653. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab037>
- Bergouignan, A., Blanc, S., & Simon, C. (2010). «Calories et obésité: quantité ou qualité?. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 45(4), 180-189.
- Berquin, A. (2010), Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie, *Rev Med Suisse*, 258 (4), 1511–1513.
- Besora-Moreno, M., Llauradó, E., Tarro, L., & Solà, R. (2020). Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, 12(3), 737. <https://doi.org/10.3390/nu12030737>
- Blais, C., & Rochette, L. (2015). Tendances de la prévalence, de l'incidence et de la mortalité des cardiopathies ischémiques diagnostiquées et silencieuses au Québec. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 35(10), 197-207. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.10.02f>
- Blais, C., & Rochette, L. (2018). *Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au québec : prévalence, incidence et mortalité* (Ser. Surveillance des maladies chroniques, numéro 20). INSPQ, Institut national de santé publique du Québec, BIESP, Bureau d'information et d'études en santé des populations.
- Blanchet, R., Nana, C. P., Sanou, D., Batal, M., & Giroux, I. (2018). Dietary acculturation among black immigrant families living in ottawa-a qualitative study. *Ecology of Food and Nutrition*, 57(3), 223–245. <https://doi.org/10.1080/03670244.2018.1455674>
- Boisclair, D., Décarie, Y., Laliberté-Auger, F., et Michaud, P-C. (2016). Réduction des maladies cardiovasculaires et dépenses de santé au Québec à l'horizon 2050. CIRANO Publications scientifiques. (Antenne de l'UQAM-INRS)
- Bolton, D. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. *Archives de Philosophie*, 83, 13-40. <https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>
- Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. *Société Santé en français*
- Burcelin, R., Chabo, C., Blasco-Baque, V., Sérino, M., & Amar, J. (2013). Le microbiote intestinal à l'origine de nouvelles perspectives thérapeutiques pour les maladies métaboliques. *médecine/sciences*, 29(8-9), 800-806.
- Castro, C., & Villeneuve, P. (2019). Être femme et immigrante : l'intégration socioéconomique des femmes en région nordique au québec. *Service Social*, 65(1), 54–69. <https://doi.org/10.7202/1064590ar>
- Clavijo, L. C., Pinto, T. L., Kuchulakanti, P. K., Torguson, R., Chu, W. W., Satler, L. F., Kent, K. M., Suddath, W. O., Pichard, A. D., & Waksman, R. (2006). Metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction is associated with increased infarct

size and in-hospital complications. Cardiovascular revascularization medicine : including molecular interventions, 7(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2005.10.007>

Conseil supérieur de la langue française (2018). La francisation et l'intégration professionnelle des personnes immigrantes. Consulté le 3 août 2023 et repéré à <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/la-francisation-et-lintegration-professionnelle-des-personnes-immigrantes>

Daigle, J.-M. (2006). Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec. Rapport technique, Institut national de santé publique du Québec.

Dayi, T., & Ozgoren, M. (2022). Effects of the Mediterranean diet on the components of metabolic syndrome. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 63(2 Suppl 3), E56–E64. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2747>

Delavari, M., Sønderlund, A. L., Swinburn, B., Mellor, D., & Renzaho, A. (2013). Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries--a systematic review. *BMC public health*, 13, 458. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-458>

Deslandes, R., Rivard, M.-C., Trudeau, F. & Lemoyne, J. (2012). Regard sur le processus d'adaptation d'immigrants adultes de la Mauricie sous l'angle des habitudes de vie et des compétences de la vie courante. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 91–118. <https://doi.org/10.7202/1023979ar>

Drouin, D. (2020). Le stress acculturatif chez les étudiants internationaux : une recension des écrits scientifiques. *Ediqscope*, numéro 12.

Duru, M. (2022). Microbiote intestinal et santé: une nécessaire refonte de notre système agri-alimentaire. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 57(1), 18-27.

Ford, T. J., & Berry, C. (2020). Angina: contemporary diagnosis and management. *Heart (British Cardiac Society)*, 106(5), 387–398. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314661>

Fortin, M. (2010). Les enjeux en éthique de la recherche. In M. Fortin (Ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche, méthodes quantitatives et qualitatives* (pp. 94-114). Montréal: Chenelière Éducation.

Girard, A. & Sercia, P. (2014). Les transformations des pratiques alimentaires d'immigrants allophones de la région de Montréal. *Diversité urbaine*, 14(1), 25–47. <https://doi.org/10.7202/1027813ar>

Girard, A., Boucher, V. G., & Sercia, P. (2016). Les pratiques de recherche d'informations en matière de santé (PRIMS) chez des immigrants de première génération dans la région de Montréal. L'incidence du type d'acculturation, du niveau de scolarité et du temps écoulé depuis l'immigration [The health information seeking practices (PRIMS) among first-generation immigrants in the Montreal region. The impact of the

acculturation type, education level and time since immigration]. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 57(4), 274–283. <https://doi.org/10.1037/cap0000071>

Giroux, I., Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec, & Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec. (2011). *Le parcours d'insertion professionnelle des femmes immigrantes qualifiées à québec : leurs perceptions de leur réalité* (Ser. Édiqscope, 2011, no 1). ÉDIQ.

Hall, J. E., do Carmo, J. M., da Silva, A. A., Wang, Z., & Hall, M. E. (2015). Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circulation research*, 116(6), 991–1006. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697>

Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R., Cai, H., Cassimatis, T., Chen, K. Y., Chung, S. T., Costa, E., Courville, A., Darcey, V., Fletcher, L. A., Forde, C. G., Gharib, A. M., Guo, J., Howard, R., Joseph, P. V., McGehee, S., Ouwerkerk, R., Raisingier, K., Rozga, I., ... Zhou, M. (2019). Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell metabolism*, 30(1), 67–77.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.05.008>

Harman-Boehm I. (2003). The patient with unstable angina: no evidence of MI. *Acta diabetologica*, 40 Suppl 2, S407–S408. <https://doi.org/10.1007/s00592-003-0128-5>

Houpe, J. (2017). La psychocardiologie : une nouvelle spécialité. *Hegel*, 1, 36-46. <https://doi.org/10.3917/heg.071.0036>

Houston, M. C., & Harper, K. J. (2008). Potassium, magnesium, and calcium: their role in both the cause and treatment of hypertension. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 10(7 Suppl 2), 3–11. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.08575.x>

Huang P. L. (2009). A comprehensive definition for metabolic syndrome. *Disease models & mechanisms*, 2(5-6), 231–237. <https://doi.org/10.1242/dmm.001180>

Hyman, I., Patychuk, D., Zaidi, Q., Kljucic, D., Shakya, Y. B., Rummens, J. A., ... & Vissandjee, B (2012). Traitement du diabète: auto-traitement, utilisation des services de santé et recherche d'information chez les immigrants récents de Toronto. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 33(1). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.33.1.02f>

Institut de la statistique du Québec (2022). Revenu et faible revenu des particuliers en 2020 : répercussions de la première année de la pandémie de COVID-19. [En ligne], Québec, L'Institut. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/revenu-faible-revenu-particuliers-2020-repercussions-pandemie-covid-19-analyse#tableaux>

Institut de la statistique du Québec (2023). Le bilan démographique du Québec. Édition 2023, [En ligne], Québec, L'Institut, 113 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf].

Iovino, P., Vellone, E., Cedrone, N., & Riegel, B. (2023). A Middle-Range Theory of Social Isolation in Chronic Illness. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4940. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064940>

Izadpanah, P., Asadian, F., & Jangjou, A. (2020). Association of Serum Renalase Levels and Renalase rs10887800 Polymorphism with Unstable Angina Pectoris Patients Having Metabolic Syndrome. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 13, 3249–3259. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S265773>

Jaoui, D., Mat, D., Le Feunteun, S., Beaumont, M., Blachier, F., Souchon, I., ... & Leclerc, M. (2014). P184: Transition nutritionnelle, microbiote et santé: dégradation de protéines alimentaires par des espèces dominantes du microbiote intestinal humain. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S164.

Jessri, M., Nishi, S. K., & L'Abbé, M. R. (2015). Assessing the Nutritional Quality of Diets of Canadian Adults Using the 2014 Health Canada Surveillance Tool Tier System. *Nutrients*, 7(12), 10447–10468. <https://doi.org/10.3390/nu7125543>

Jin, M., Qian, Z., Yin, J., Xu, W., & Zhou, X. (2019). The role of intestinal microbiota in cardiovascular disease. *Journal of cellular and molecular medicine*, 23(4), 2343–2350. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14195>

Juul, F., Deierlein, A. L., Vaidean, G., Quatromoni, P. A., & Parekh, N. (2022). Ultra-processed Foods and Cardiometabolic Health Outcomes: from Evidence to Practice. *Current atherosclerosis reports*, 24(11), 849–860. <https://doi.org/10.1007/s11883-022-01061-3>

Karmali, S., Battram, D. S., Burke, S. M., Cramp, A., Johnson, A. M., Mantler, T., Morrow, D., Ng, V., Pearson, E. S., Petrella, R. J., Tucker, P., & Irwin, J. D. (2020). Perspectives and Impact of a Parent-Child Intervention on Dietary Intake and Physical Activity Behaviours, Parental Motivation, and Parental Body Composition: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6822. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186822>

Katta, N., Loethen, T., Lavie, C. J., & Alpert, M. A. (2021). Obesity and Coronary Heart Disease: Epidemiology, Pathology, and Coronary Artery Imaging. *Current problems in cardiology*, 46(3), 100655. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.100655>

Kloner, R. A., & Chaitman, B. (2017). Angina and Its Management. *Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics*, 22(3), 199–209. <https://doi.org/10.1177/1074248416679733>

Kranjcec, D., & Altabas, V. (2012). Metabolic syndrome influencing infarct size and heart failure in patients with acute coronary syndrome: does gender matter?. *Endocrine journal*, 59(12), 1065–1076. <https://doi.org/10.1507/endocrj.ej12-0131>

Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2018). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health promotion international*, 33(3), 378–389. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw084>

Lacey, K. K., Briggs, A. Q., Park, J., & Jackson, J. S. (2021). Social and economic influences on disparities in the health of racial and ethnic group canadian immigrants. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 112(3), 482–492. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00446-8>

Lane, G., & Vatanparast, H. (2023). Immigrant families' experience of the Canadian food and nutrition environment. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*, 10.1139/apnm-2022-0346. Advance online publication. <https://doi.org/10.1139/apnm-2022-0346>

Lepage, C. (2017). Améliorer l'offre alimentaire dans un commerce de proximité : leçons apprises d'un projet pilote, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale - Nationale, 79 p.

Leung, A. A., Bushnik, T., Hennessy, D., McAlister, F. A., & Manuel, D. G. (2019). Facteurs de risque de l'hypertension au Canada. *Statistiques Canada-Rapports sur la santé*, 30(2), 3-14.

Levert, A. & Fakhoury, L. (2021). Les personnes immigrantes et le marché du travail québécois 2020. Direction de la planification de l'immigration et des analyses économiques (DPIAÉ), Ministère de l'Immigration, Francisation et Intégration. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/ImmigrantsMarcheTravail2020.pdf>

Lu, C., & Ng, E. (2019). Healthy immigrant effect by immigrant category in canada. *Health Reports*, 30(4), 3–11. <https://doi.org/10.25318/82-003-x201900400001-eng>

Luo, J., & Hendryx, M. (2022). Mediation analysis of social isolation and mortality by health behaviors. *Preventive medicine*, 154, 106881. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106881>

Lytvyak, E., Straube, S., Modi, R., & Lee, K. K. (2022). Trends in obesity across Canada from 2005 to 2018: a consecutive cross-sectional population-based study. *CMAJ open*, 10(2), E439–E449. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210205>

Malambwe, J.-M. K. (2017). Les immigrants du québec: participation au marché du travail et qualité de l'emploi. *Canadian Ethnic Studies*, 49(2), 33–52.

Martí Del Moral, A., Calvo, C., & Martínez, A. (2021). Consumo de alimentos ultraprocesados y obesidad: una revisión sistemática [Ultra-processed food consumption and obesity-a systematic review]. *Nutricion hospitalaria*, 38(1), 177–185. <https://doi.org/10.20960/nh.03151>

May, P. (2022). Le canada : pays de « l'immigration choisie » ? *Hommes & Migrations*, 1336(1), 196–196. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.13743>

MELCCFP (2019). Le coin de Rafale : Sais-tu ce qu'est le réseau des Banques alimentaires du Québec. Mis à jour en juillet 2021, consulté le 5 août 2023 et repéré à

https://www.environnement.gouv.qc.ca/jeunesse/sais_tu_que/2019/1904-reseau-banques-alimentaires.htm.

Modesti P. A. (2004). Ethnic differences in hypertension and blood pressure control. Issues for prevention strategies. *Saudi medical journal*, 25(9), 1160–1164.

Monteiro, C. M., Pinheiro, L. F., Izar, M. C., Barros, S. W., Vasco, M. B., Fischer, S. M., Pova, R. M., Brandão, S. A., Santos, A. O., Oliveira, L., Carvalho, A. C., & Fonseca, F. A. (2010). Highly sensitive C-reactive protein and male gender are independently related to the severity of coronary disease in patients with metabolic syndrome and an acute coronary event. *Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas*, 43(3), 297–302. <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2010005000008>

Ministère de la santé et des services sociaux (n.d.). Établissements de santé et de services sociaux. Mis à jour le 3 août 2018, consulté le 3 août 2023 et repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>

Nardocci, M., Leclerc, B. S., Louzada, M. L., Monteiro, C. A., Batal, M., & Moubarac, J. C. (2019). Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique*, 110(1), 4–14. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0130-x>

Organisation mondiale de la santé (2017). Maladies cardiovasculaires. Repéré à [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) et consulté le 30 mai 2023

Osypuk, T. L., Alonso, A., & Bates, L. M. (2015). Understanding the healthy immigrant effect and cardiovascular disease: looking to big data and beyond. *Circulation*, 132(16), 1522–1524. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018707>

Ozemek, C., Laddu, D. R., Arena, R., & Lavie, C. J. (2018). The role of diet for prevention and management of hypertension. *Current opinion in cardiology*, 33(4), 388–393. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000532>

Parackal S. (2017). Dietary Transition in the South Asian Diaspora: Implications for Diabetes Prevention Strategies. *Current diabetes reviews*, 13(5), 482–487. <https://doi.org/10.2174/1573399812666160901094741>

Patterson, A. C., & Veenstra, G. (2016). Black-White health inequalities in Canada at the intersection of gender and immigration. *Canadian Journal of Public Health*, 107, e278-e284.

Piché, V., Renaud, J. & Gingras, L. (2002). L'insertion économique des nouveaux immigrants dans le marché du travail à Montréal : une approche longitudinale. *Population*, 57, 63-89. <https://doi.org/10.3917/popu.201.0063>

Poirier, E. (2012). Portrait populationnel sur les maladies cardiovasculaires. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Polsky, J. Y., Moubarac, J. C., & Garriguet, D. (2020). La consommation d'aliments ultra transformés au Canada. *Rapports sur la santé*, 31(11), 3-16. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202001100001-fra>

Popovic-Lipovac, A., & Strasser, B. (2015). A review on changes in food habits among immigrant women and implications for health. *Journal of immigrant and minority health*, 17(2), 582–590. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9877-6>

Posca, J. (2016). Portrait du revenu et de l'emploi des personnes immigrantes. Institut de recherche et d'informations socio-économiques, note socioéconomique, 16 p.

Prud'homme, I. & Doyon, M. (2023). La quête d'inclusion des femmes immigrantes vivant à Parc-Extension : les actions mises en œuvre par l'organisme Afrique au Féminin pour contrer la précarité, l'exclusion et l'insécurité alimentaire. *Revue Organisations & territoires*, 32(1), 32–54. <https://doi.org/10.1522/revueot.v32n1.1551>

Rakugi, H., & Ogiyama, T. (2005). The metabolic syndrome in the asian population. *Current hypertension reports*, 7(2), 103–109. <https://doi.org/10.1007/s11906-005-0082-4>

Régimbal, F. (2020). À part entière: alimentation et bien-être chez des personnes âgées à Montréal fréquentant des organismes d'aide alimentaire. *Anthropology of food*, (S15). <https://doi.org/10.4000/aof.11037>

Rosenthal, T., Touyz, R. M., & Oparil, S. (2022). Migrating Populations and Health: Risk Factors for Cardiovascular Disease and Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports*, 24(9), 325–340. <https://doi.org/10.1007/s11906-022-01194-5>

Roy, M., Trudeau, F., Diaz, A., & Houle, J. (2021). 7500 pas quotidiens ou 15 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à intense : est-ce suffisant pour la prévention secondaire des cardiopathies ischémiques ? *Science Et Sports*, 36(6), 441–449. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2021.02.005>

Sanou, D., O'Reilly, E., Ngnie-Teta, I., Batal, M., Mondain, N., Andrew, C., Newbold, B. K., & Bourgeault, I. L. (2014). Acculturation and nutritional health of immigrants in Canada: a scoping review. *Journal of immigrant and minority health*, 16(1), 24–34. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9823-7>

Schultz, W. M., Kelli, H. M., Lisko, J. C., Varghese, T., Shen, J., Sandesara, P., Quyyumi, A. A., Taylor, H. A., Gulati, M., Harold, J. G., Mieres, J. H., Ferdinand, K. C., Mensah, G. A., & Sperling, L. S. (2018). Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation*, 137(20), 2166–2178. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652>

Sercia, P., Girard, A., & Boucher, V. G. (2018). La transformation des saines habitudes de vie liées à l'obésité en contexte d'intégration sociale des immigrants récents [The transformation of healthy lifestyles related to obesity in context of social integration of recent immigrants]. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 59(2), 187–196. <https://doi.org/10.1037/cap0000105>

Sia, D., Miskurka, M., Batal, M., Delisle, H., & Zunzunegui, M. V. (2019). Chronic disease and malnutrition biomarkers among unemployed immigrants and Canadian born adults. *Archives of public health = Archives belges de santé publique*, 77, 41. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0367-8>

Statistique Canada (2015). Syndrome métabolique chez les adultes, 2012 à 2013. Feuilles d'information sur la santé. Catalogue No 82-625-X. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2014001/article/14123-fra.htm>

Statistique Canada (2019). Embonpoint et obésité chez les adultes, 2018. Feuilles d'information de la santé. Catalogue No 82-625-X. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00005-fra.htm>

Statistique Canada (2021). Niveaux de cholestérol chez les adultes, 2016-2019. Feuilles d'information de la santé. Catalogue No 82-625-X. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2021001/article/00003-fra.htm>

Stick, M., Hou, F., & Kaida, L. (2021). La solitude autodéclarée chez les immigrants récents, les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada, Rapports économiques et sociaux, produit No 36-28-0001 au catalogue de Statistique Canada. DOI : <https://doi.org/10.25318/36280001202100700001-fra>

Stone, K. (2017). Une saine alimentation pour tous, une évaluation des besoins des immigrantes nouvellement arrivées et de leurs familles. Association canadienne des programmes de ressources pour la famille.

Sweis, R.N. & Jivan, A. (2022a). Infarctus du myocarde aigu. Consulté le 30 mai 2023 et repéré à <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/coronaropathie/infarctus-du-myocarde-aigu>

Sweis, R.N. & Jivan, A. (2022b). Angor (Angine de poitrine). Consulté le 30 mai 2023 et repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-cardiaques-et-vasculaires/maladie-des-art%C3%A8res-coronaires/angor>

Tang, W. H. W., Bäckhed, F., Landmesser, U., & Hazen, S. L. (2019). Intestinal Microbiota in Cardiovascular Health and Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(16), 2089–2105. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.024>

Tichit, C. (2012). L'émergence de goûts de classe chez les enfants de migrants: Modèles concurrents de goûts et pratiques alimentaires. *Politix*, 99, 51-77. <https://doi.org/10.3917/pox.099.0051>

Vang, Z., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2015). L'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé au Canada: Une revue systématique. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document De travail*, 3(2), 6.

Vérificateur général du Québec (2015). Chap. 2 : Promotion d'une saine alimentation comme mesure de prévention en santé. Rapport du commissaire au développement durable Printemps 2015. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016.

Vérificateur général du Québec (2017). Chap. 4 : Audit de performance. Francisation des personnes immigrantes. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2017-2018.

Villeneuve, T., Trudel, X., Gilbert-Ouimet, M., Leclerc, J., Milot, A., Sultan-Taïeb, H., Brisson, C., & Guertin, J. R. (2022). Issue with Evaluating Costs Over Time in a Context of Medical Guideline Changes: An Example in Myocardial Infarction Care Based on a Longitudinal Study from 1997 to 2018. *ClinicoEconomics and outcomes research : CEOR*, 14, 11–20. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S340385>

Wändell P. E. (2013). Population groups in dietary transition. *Food & nutrition research*, 57, 10.3402/fnr.v57i0.21668. <https://doi.org/10.3402/fnr.v57i0.21668>

Yan, X., Jin, J., Su, X., Yin, X., Gao, J., Wang, X., Zhang, S., Bu, P., Wang, M., Zhang, Y., Wang, Z., & Zhang, Q. (2020). Intestinal Flora Modulates Blood Pressure by Regulating the Synthesis of Intestinal-Derived Corticosterone in High Salt-Induced Hypertension. *Circulation research*, 126(7), 839–853. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.119.316394>

Zaliūnas, R., Slapikas, R., Luksiene, D., Slapikiene, B., Statkeviciene, A., Milvidaite, I., & Gustiene, O. (2008). Metabolinio sindromo komponentu daznis tarp susirgusiuju ūminiais iseminiais sindromais [Prevalence of metabolic syndrome components in patients with acute coronary syndromes]. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 44(3), 182–188.

Zou P. (2017). Diet and Blood Pressure Control in Chinese Canadians: Cultural Considerations. *Journal of immigrant and minority health*, 19(2), 477–483. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0493-0>

ANNEXE 1 : Guides d'entretien

GUIDE D'ENTREVUE 1 (ORGANISMES COMMUNAUTAIRES)

Consentement oral

Bonjour ! Merci d'accepter de participer à cette étude. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment les processus d'intégration et d'acculturation peuvent affecter la santé des immigrants.

Dans le cadre de cette entrevue, je vais vous poser des questions sur votre compréhension des enjeux liés à l'intégration sociale et économique des immigrants non européens (non occidentaux) ainsi qu'à ceux relatifs aux changements dans leurs habitudes alimentaires, sur vos interventions auprès de ces personnes ainsi que sur les services qui leur sont offerts afin de faciliter leur intégration.

Les propos tenus lors de cette entrevue sont confidentiels. De plus, lors de la diffusion des résultats, il ne sera pas possible de vous identifier.

Vous pouvez parler en toute franchise et sincérité. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si vous vous sentez mal à l'aise, nous pouvons arrêter l'entrevue.

Accepteriez-vous que je vous enregistre ?

Avez-vous des questions ou des commentaires avant que nous ne commençons ?

Début de l'enregistrement

1. Pouvez-vous me parler un peu de votre mandat au sein de l'organisme ?
2. Racontez-moi comment se déroule le parcours d'intégration d'un nouvel arrivant lorsqu'il est accueilli par votre organisme.
3. Quels sont généralement les défis auxquels font face les nouveaux arrivants ? Ces défis diffèrent-ils selon le statut d'immigration ? Ces défis diffèrent-ils selon ce qu'ils proviennent des pays non occidentaux ou non ?
4. Comment selon vous les immigrants perçoivent de façon générale leur adaptation à la société québécoise ? Avez-vous au sein de la population que vous desservez des expériences difficiles à partager ?
5. Accompagnez-vous des immigrants pour obtenir des services en francisation ? Si oui, comment se déroule l'accompagnement et comment percevez-vous ces services ?
6. Comment percevez-vous les services d'accompagnement et de soutien à l'intégration professionnelle offerts aux nouveaux arrivants ?

7. Par votre expérience, comment évaluez-vous les services d'intégration sociale (activités interculturelles et de socialisation) offerts aux immigrants à leur arrivée au Québec et après ?
8. Parlez-moi un peu des défis que vivent les immigrants, en particulier les nouveaux arrivants, en lien avec leur alimentation ou pour se procurer des produits alimentaires ethniques (traditionnels) dans leurs quartiers.
9. Avez-vous une idée quant à la disponibilité des denrées alimentaires ethniques ainsi qu'au coût de ces denrées dans votre région ?
10. Par votre expérience, quels sont les services qui leur sont offerts pour les aider à manger sainement ? Offrez-vous des ateliers de saines habitudes de vie au sein de l'organisme ou dans la région (formation ou ateliers de cuisine) ? Comment percevez-vous ces services ?
11. Quels sont les services d'aide et d'accompagnement à la recherche de logement que vous offrez aux nouveaux arrivants ? Comment les percevez-vous ?
12. Est-ce que vous aimeriez ajouter des éléments ?
13. Merci beaucoup pour votre participation!

Fin de l'enregistrement

GUIDE D'ENTREVUE 2 (nutritionnistes)

Consentement oral

Bonjour ! Merci d'accepter de participer à cette étude. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment les processus d'acculturation alimentaire et les transformations dans les habitudes de vie peuvent affecter la santé des immigrants.

Dans le cadre de cette entrevue, je vais vous poser des questions sur le processus de conception des stratégies et d'outils visant la promotion de saines habitudes de vie auprès des populations, sur les actions déployées pour assurer l'efficacité de ces stratégies auprès des communautés ethnoculturelles ainsi que sur votre perception des stratégies et des outils élaborés pour maintenir et améliorer la santé de ces communautés.

Les propos tenus lors de cette entrevue sont confidentiels. De plus, lors de la diffusion des résultats, il ne sera pas possible de vous identifier.

Vous pouvez parler en toute franchise et sincérité. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si vous vous sentez mal à l'aise, nous pouvons arrêter l'entrevue.

Accepteriez-vous que je vous enregistre ?

Avez-vous des questions ou des commentaires avant que nous ne commençons ?

Début de l'enregistrement

1. Pouvez-vous me parler un peu de votre mandat en tant que nutritionniste.
2. Quels sont les défis liés à l'alimentation pour les nouveaux arrivants ?
3. Comment les personnes ou les familles immigrantes perçoivent ces défis et comment s'adaptent-elles face à ces défis ?
4. Est-ce que ces défis-là varient en fonction du statut migratoire et de l'origine ethnique ?
5. De façon générale, quelle est votre appréciation quant au niveau de littératie alimentaire des nouveaux arrivants ?
6. Quels sont les enjeux liés à l'approvisionnement en denrées ou produits ethniques pour les nouveaux arrivants provenant des pays non occidentaux ? Des enjeux liés à l'accessibilité à ces aliments ?
7. De façon générale, quel est le niveau socio-économique des personnes ou familles que vous recevez ?
8. En tant que nutritionniste, comment évaluez-vous en général les besoins nutritionnels de votre clientèle immigrante et quelles sont les interventions que vous déployez par la suite ?
9. Quelles sont les stratégies de promotion de saines habitudes alimentaires qui sont habituellement déployées dans votre région ?
10. Ces stratégies sont-elles adaptées aux besoins des communautés ethnoculturelles? Si non, quelles en sont les lacunes et comment peut-on les adapter?
11. Selon ce que vous remarquez ou selon ce que vous rapportent vos clients, le guide alimentaire canadien et les banques alimentaires sont-ils adaptés aux réalités des communautés ethnoculturelles ainsi qu'à la diversité des cuisines ?
12. En ce qui concerne vos interventions, comment évaluez-vous l'efficacité et l'efficience des stratégies et des interventions que vous déployez ? Quelles sont les lacunes et les améliorations à apporter à vos interventions ?
13. Est-ce que vous aimeriez ajouter des éléments ?
14. Merci beaucoup pour votre participation!

Fin de l'enregistrement

GUIDE D'ENTREVUE 3 (Médecin)

Consentement oral

Bonjour ! Merci d'accepter de participer à cette étude. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment les processus d'acculturation alimentaire et les transformations dans les habitudes de vie peuvent affecter la santé des immigrants.

Dans le cadre de cette entrevue, je vais vous poser des questions sur les cardiopathies ischémiques, leur prise en charge et leur prévention en milieu clinique, sur la façon dont les pratiques alimentaires des immigrants affectent leur santé cardiovasculaire, sur les stratégies de prévention existantes ainsi que sur votre perception de l'efficacité de ces stratégies pour maintenir et améliorer la santé de ces communautés.

Les propos tenus lors de cette entrevue sont confidentiels. De plus, lors de la diffusion des résultats, il ne sera pas possible de vous identifier.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si vous vous sentez mal à l'aise, nous pouvons arrêter l'entrevue.

Accepteriez-vous que je vous enregistre ?

Avez-vous des questions ou des commentaires avant que nous ne commençons ?

Début de l'enregistrement

1. Pouvez-vous svp me parler un peu de votre mandat en tant que médecin de famille au CLSC
2. Recevez-vous régulièrement en consultation des personnes immigrantes pour des maladies cardiovasculaires, particulièrement les cardiopathies ischémiques ? Comment se déroule la prise en charge et quels sont les défis liés à la prise en charge de ces maladies au CLSC chez les nouveaux arrivants ?
3. Remarquez-vous des variations de ces pathologies en fonction du statut migratoire et du temps écoulé depuis l'arrivée au Québec ? Si oui, pourquoi selon vous varient-elles en fonction du statut migratoire et de la durée de séjour au Québec ?
4. Selon vous, quels sont en général les défis socio-économiques auxquels sont confrontés vos patients immigrants (récents ou de longue date) ?
5. Selon vous, de quelle manière leurs pratiques alimentaires et les enjeux nutritionnels auxquels ils sont confrontés contribuent-ils au développement des maladies cardiovasculaires ?
6. Comment évaluez-vous le niveau de littératie en santé (capacité de trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information disponible pour maintenir et améliorer sa santé) des patients qui consultent auprès de vous ? De quelle manière

pensez-vous que le niveau de littératie de vos patients immigrants influence la prise en charge et l'observance thérapeutique ?

7. Quelles sont les stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires mises sur pied au CLSC et éventuellement si vous en savez quelque chose à l'échelle régionale ou provinciale ? Ces stratégies sont-elles selon vous culturellement adaptées aux besoins et réalités des populations immigrantes ? Quelles en sont les lacunes et les améliorations éventuelles à apporter ?
8. Est-ce que vous aimeriez ajouter des éléments ?
9. Merci beaucoup pour votre participation!

Fin de l'enregistrement

ANNEXE 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet d'intervention

Prévention des syndromes coronariens aigus chez les immigrants non européens du Québec âgés de 20 ans et plus : élaboration de recommandations ciblant la transition nutritionnelle

Étudiant responsable du projet

Ghislain Muzinga Kasenda
Maîtrise en santé publique avec majeure en santé mondiale
873-660-1193
ghislain-muzinga.kasenda.1@ulaval.ca

Direction du projet

Souleymane Diabaté

Professeur adjoint au département de médecine sociale et préventive
Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la médecine Local 2429
(418)525-4444 poste 82801
Souleymanediabate@crchuquebec.ulaval.ca

Maman Joyce Dogba

Professeure agrégée au département de médecine familiale et de médecine d'urgence
Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la médecine Local 4617
418)656-2131 poste 2235
joyce-maman.dogba@fmed.ulaval.ca

Milieu d'intervention collaborant au projet

ACCÉSSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux)

7000 Avenue du Parc, bureau 408
Montréal, QC, H3N 1X1
Cell: 514 778 9549

Bonjour,

Vous êtes invité(e) à participer à un projet d'intervention qui implique un entretien confidentiel d'une durée d'environ une heure. Je vous invite à prendre le temps de prendre connaissance des informations contenues dans le présent formulaire avant de prendre une

décision. Sentez-vous à l'aise de poser toutes vos questions relatives à ce projet, afin d'être en mesure de donner un consentement libre et éclairé. Votre participation à ce projet est entièrement volontaire.

Quel est l'objectif ultime de ce projet ?

Ce projet d'intervention vise l'élaboration de recommandations ciblant les habitudes alimentaires des communautés immigrantes non européennes (non occidentales) afin de prévenir la survenue des syndromes coronariens aigus. Par conséquent, je m'intéresse, entre autres, aux expériences de personnes migrantes âgées de 20 ans et plus qui habitent votre Ville et qui détiennent des profils variés, afin d'en apprendre davantage sur les enjeux liés à l'intégration sociale et économique ainsi qu'aux transformations dans les habitudes alimentaires auxquels elles sont confrontées dans leur processus d'intégration au Québec et qui pourraient avoir un impact sur leur santé. Ainsi, je cherche des intervenantes ou des intervenants qui travaillent auprès des communautés migrantes afin d'avoir leurs perceptions et leurs expériences en lien avec les enjeux que vivent ces communautés. Votre participation à ce projet contribuera à l'élaboration des recommandations efficaces et adaptées aux besoins ainsi qu'aux réalités des communautés migrantes non européennes du Québec et aideront ainsi à renforcer les stratégies de prévention primaire visant les maladies cardiovasculaires chez ces populations.

Quelle est l'implication demandée pour ce projet ?

Vous serez invité(e) à participer à un entretien d'environ une heure. L'entretien aura lieu à distance, par zoom, par teams ou par téléphone, selon ce qui vous conviendrait le mieux. Les thématiques qui seront abordées lors de l'entretien se rapporteront principalement à votre compréhension des enjeux en matière d'intégration sociale et économique et d'acculturation alimentaire rencontrés par les immigrants durant le processus d'intégration, à vos interventions auprès de ces personnes, ainsi qu'aux services qui leur sont proposés.

Quels sont les bénéfices liés à votre participation à ce projet ?

Aucune compensation directe de quelque nature que ce soit ne sera offerte suite à votre participation à ce projet. Toutefois, les résultats obtenus suite aux entretiens contribueront à l'élaboration des recommandations efficaces et adaptées aux besoins des communautés immigrantes non européennes de la province et aideront à renforcer les stratégies de prévention primaire visant les maladies cardiovasculaires.

Quels sont les risques associés à votre participation à ce projet

Les risques associés à votre participation à ce projet sont minimes voire quasi-inexistants. En effet, diverses stratégies seront déployées afin d'assurer la confidentialité des renseignements qui seront divulgués dans le cadre des entretiens. Premièrement, seuls les directeurs de projet et moi aurons accès aux enregistrements ainsi qu'aux verbatim. Les enregistrements seront automatiquement détruits après leur transcription en verbatim et les verbatim demeureront quant à eux confidentiels durant la durée du projet d'intervention et seront détruits six mois après la fin du projet. Deuxièmement, aucun renseignement personnel (nom, prénom, date de naissance, adresse) ne sera mentionné et aucun détail permettant l'identification d'un tiers ne sera divulgué. Enfin, les données collectées aux fins de ce projet seront entièrement détruites à la fin du présent projet.

Personnes à contacter

Ghislain Muzinga Kasenda

Maîtrise en santé publique avec majeure en santé mondiale

873-660-1193

ghislain-muzinga.kasenda.1@ulaval.ca

Souleymane Diabaté

Professeur adjoint au département de médecine sociale et préventive

Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la médecine Local 2429

(418)525-4444 poste 82801

Souleymanediabate@crchuquebec.ulaval.ca

Maman Joyce Dogba

Professeure agrégée au département de médecine familiale et de médecine d'urgence

Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la médecine Local 4617

418)656-2131 poste 2235

Merci de votre participation à ce projet!

Consentement

J'ai pris connaissance du contenu du présent formulaire et je consens à participer à ce projet de façon volontaire. J'affirme que j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions et que ma décision de participer à ce projet est libre et éclairée.

Acceptez-vous de participer à ce projet tel que décrit par les conditions énumérées ci-dessus?

- Oui
- Non

Prénom et nom du participant ou de la participante :

Signature du participant ou de la participante :

Signature de l'étudiant :

Date :

ANNEXE 3 : Arbre de codes

Projet d'intervention en santé publique SAP 6500

Codes

Nom	Description
Défis nutritionnels et environnement alimentaire	
accessibilité et disponibilité des aliments ethniques ou traditionnels	
changements dans les habitudes alimentaires	
coût des aliments	
culture canadienne et occidentale	
déplacement et transport	
Exposition aux aliments ultra-transformés	
manque de temps	
Qualité des aliments	
Défis psychosociaux	
Barrières linguistiques	
isolement social et solitude	
niveau de littératie	
racisme et discrimination	
santé mentale	

Nom	Description
Défis socio-économiques	
aide sociale	
Emplois moins bien rémunérés	
équivalence des diplômes étrangers	
expérience de travail hors Québec	
Faible revenu	
niveau de scolarité	
surqualification	
Facteurs de risque comportementaux	
activité physique et sédentarité	
littératie alimentaire, pratiques et compétences alimentaires	
Intégration économique	
accompagnement et soutien à l'intégration socio-professionnelle	
francisation	
origines ethniques des immigrants	
recherche d'emploi	
Statut au Québec - réfugiés, demandeurs d'asile, travailleurs qualifiés, immigrants temporaires, résidents permanents,	

Nom	Description
immigrant illégal, sans-papiers	
Intégration sociale	
activités interculturelles	
choc culturel	
Logement et quartiers de résidence	
socialisation	
Intervention nutritionnelle communautaire	
banques alimentaires	
diversité des cuisines	
évaluation nutritionnelle	
insécurité alimentaire	
Problèmes de santé	
autres problèmes de santé	
cardiopathies ischémiques	
CLSC	
GMF	
obésité, hypertension, cholestérol, diabète	
Promotion de la saine alimentation	
besoins alimentaires culturels	

Nom	Description
guide alimentaire canadien	
non-adaptés culturellement	
Programmes de promotion de la saine alimentation	
Santé publique	
sous-financement	