

## UNE REVUE NARRATIVE DES ÉCRITS

# EXPÉRIENCES ET PRIORITÉS D'ACTION EN MATIÈRE D'ACCÈS À L'ALIMENTATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP


**ABDOULAYE SY, étudiant à la maîtrise en santé publique**
Programmes de santé publique, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**LAURENCE GUILLAUMIE, PhD**
Programmes de santé publique, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**SOPHIE DUPÉRÉ, PhD**
Programmes de santé publique, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**GENEVIÈVE MERCILLE, PhD**
Département de nutrition, Faculté de médecine,
Université de Montréal



JUIN 2026

***Financement***. Cette recherche a bénéficié d'un financement du Pôle bioalimentaire de l'Institut sur la Nutrition et les Aliments Fonctionnels (INAF) de l'Université Laval.

***Avertissement***. L'outil Google NotebookLM a été utilisé pour produire le tableau de codification initial. Ce tableau a ensuite été complété et bonifié manuellement. ChatGPT a été mobilisé pour appuyer certaines tâches rédactionnelles.

**Pour citer ce document**. Sy, A., Guillaumie, L., Dupéré, S, Mercille, G. (2026) *Expériences et priorités d'action en matière d'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap : Une revue narrative des écrits*. Rapport de recherche, Université Laval.

# Table des matières

**Résumé** ..... 4
**1. Introduction** ..... 5
**2. Objectifs** ..... 7
**3. Méthodologie** ..... 7
**4. Résultats** ..... 9
4.1 Ampleur de l'insécurité alimentaire et conditions d'accès à l'alimentation ..... 10
4.2 Facteurs structurels et mécanismes qui renforcent les inégalités d'accès à l'alimentation ..... 12
4.3 Recommandations pour améliorer l'équité d'accès à l'alimentation ..... 14
**5. Leçons à retenir** ..... 17
**6. Références** ..... 23
**Annexes** ..... 26
Annexe 1 : Mots-clés utilisés pour identifier les publications incluses ..... 26
Annexe 2 : Liste des 21 publications incluses dans les analyses ..... 27
Annexe 3 : Description des 21 articles inclus ..... 29

# Liste des tableaux

Tableau 1. Description des études incluses (N=21). ..... 9
Tableau 2. Synthèse sur l'ampleur et la répartition de l'insécurité alimentaire*. ..... 10
Tableau 3. Synthèse des conditions qui façonnent l'accès à l'alimentation. ..... 11
Tableau 4. Synthèse des politiques et prestations sociales influençant l'accès à l'alimentation ..... 12
Tableau 5. Synthèse des inégalités de ressources et possibilités d'accès à l'alimentation. ..... 13
Tableau 6. Synthèse des recommandations pour réduire la précarité financière. ..... 14
Tableau 7. Synthèse des recommandations sur les services et environnements alimentaires. ..... 15
Tableau 8. Synthèse des recommandations pour l'alimentation dans les services de santé. ..... 16

# Résumé

**Introduction**. Au Québec et au Canada, les personnes en situation de handicap rencontrent davantage de difficultés d'accès à l'alimentation, dont témoigne notamment une prévalence de l'insécurité alimentaire d'environ 26 %, contre 13 % chez les personnes sans incapacité en 2021. Ces difficultés sont liées à des conditions économiques, sociales et physiques qui influencent la possibilité de se procurer, préparer et consommer des aliments adéquats. Même si de nombreuses démarches territoriales visent à améliorer l'accès à l'alimentation dans les villes et les régions du Québec, les réalités des personnes en situation de handicap y sont encore peu prises en compte.

**Objectif et méthodes**. Cette recension vise à synthétiser les connaissances sur l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap afin d'éclairer les démarches territoriales visant à améliorer l'équité d'accès. Plus précisément, elle documente les conditions d'accès à l'alimentation, analyse les facteurs structurels et les mécanismes qui créent ou renforcent les inégalités d'accès, et recense les principaux leviers d'action. Une revue narrative de 21 publications scientifiques publiées depuis 2006 a été réalisée à partir de la base de données Web of Science. Les publications devaient porter sur l'accès à l'alimentation, l'insécurité alimentaire ou les expériences alimentaires des personnes en situation de handicap, concerner des pays industrialisés notamment d'Amérique du Nord et d'Europe, et être rédigées en français ou en anglais. La codification et l'interprétation des données ont été guidées par le *Nutrition Equity Framework*.

**Résultats**. Les études recensées montrent d'importantes inégalités d'accès à l'alimentation, dont témoigne une forte prévalence de l'insécurité alimentaire, particulièrement chez les personnes cumulant plusieurs incapacités et certains sous-groupes (femmes, personnes autochtones, personnes seules ou en situation de pauvreté). Les difficultés d'accès sont influencées par les limitations fonctionnelles, l'inaccessibilité des commerces et des transports, les coûts liés au logement, à la santé et au handicap, et l'isolement social. Les études mettent également en évidence une distribution inéquitable des ressources et des services, liée notamment à des revenus plus faibles, des prestations insuffisantes, des critères d'admissibilité restrictifs et des obstacles d'accès aux aides et services d'aide alimentaires. Les recommandations portent principalement sur le renforcement du soutien au revenu, l'amélioration de l'accessibilité des commerces, des transports et des services alimentaires, et une meilleure prise en compte de l'alimentation dans les services de santé et à domicile, notamment par le dépistage des difficultés alimentaires et l'aide à la préparation des repas.

**Discussion**. Ces résultats montrent que les inégalités d'accès à l'alimentation résultent de ressources plus faibles, de surcoûts liés au handicap insuffisamment compensés, d'environnements et services conçus selon des normes d'autonomie et de mobilité, et qui sont peu adaptés à la diversité des capacités. L'action doit donc combiner des leviers territoriaux, notamment sur les transports, les commerces et l'organisation des services communautaires et à domicile, et des changements plus structurels concernant les revenus, les prestations et les règles d'admissibilité. La recension met aussi en évidence d'importantes lacunes, particulièrement concernant l'évaluation de l'efficacité des interventions, leur mise à l'échelle, les stratégies de plaidoyer, et la participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance alimentaire territoriale. Ces constats soutiennent la nécessité de mieux intégrer les personnes concernées à la définition et à la mise en œuvre des actions visant un accès équitable à l'alimentation.

# 1. Introduction

***Les personnes en situation de handicap et les organismes qui les représentent jouent un rôle important*** dans la reconnaissance de leurs droits, la défense de conditions de vie dignes et la transformation des environnements qui limitent leur pleine participation sociale (Office des personnes handicapées du Québec, 2025). Considérant la hausse importante du coût de la vie, plusieurs rapports montrent que l'augmentation des prix du logement, de l'alimentation et du transport exerce une pression croissante sur les ménages à faible revenu et touche de façon disproportionnée les personnes en situation de handicap, déjà davantage exposées à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire (Banques alimentaires Canada, 2025). Entre 2021 et 2025, l'indice des prix à la consommation a augmenté de 16 %, tandis que les prix de l'alimentation, du logement et du transport ont augmenté respectivement de 24 %, 23 % et 14 % (Statistique Canada, 2026).

***Dans ce contexte, l'accès à l'alimentation pour les personnes en situation de handicap apparaît comme un enjeu important d'équité et justice sociale.*** L'accès à l'alimentation renvoie à la possibilité de se procurer, préparer et consommer des aliments adéquats, selon les ressources disponibles et les conditions de vie et environnements dans lesquels les personnes évoluent (Nisbett et al., 2022). L'insécurité alimentaire désigne un accès inadéquat ou incertain à une alimentation suffisante en raison de contraintes financières (Polsky, 2024). Elle constitue une manifestation particulièrement préoccupante des difficultés d'accès à l'alimentation. Des données canadiennes montrent que 26 % des personnes ayant une incapacité vivent en situation d'insécurité alimentaire, comparativement à 13 % chez celles n'ayant pas d'incapacité (Gupta et al., 2024). Au Québec, en 2020-2021, 10 % des personnes avec incapacité de 12 ans et plus font partie d'un ménage vivant de l'insécurité alimentaire, contre 6 % des personnes sans incapacité (Gouvernement du Québec, 2026). Dans cette recension, le terme « personnes en situation de handicap » est privilégié, tandis que celui d'« incapacité » est conservé lorsque les sources citées l'emploient.

***Les inégalités d'accès à l'alimentation vécues par les personnes en situation de handicap sont associées à plusieurs conditions économiques, sociales et physiques*** (Schwartz et al., 2019, 2023; Swenor, 2021; Waltz et al., 2018). Plusieurs études documentent des difficultés pour se procurer, préparer ou consommer des aliments, notamment en raison d'obstacles liés à la mobilité, et à l'accès aux commerces, aux transports et aux services alimentaires (Gupta et al., 2024; Samuel et al., 2023; Schwartz et al., 2023). Ces conditions concrètes sont elles-mêmes façonnées par des facteurs structurels plus larges. Les revenus des personnes en situation de handicap sont souvent insuffisants pour répondre à l'ensemble des besoins essentiels, incluant le logement, les frais médicaux et les services d'assistance (Samuel et al., 2023; Schwartz et al., 2023; Spurway & Soldatic, 2015). À cela s'ajoutent des prestations insuffisantes, des critères d'admissibilité restrictifs et des règles administratives qui peuvent limiter l'accès aux ressources, contribuer à maintenir les personnes dans la précarité, et accentuer l'isolement social et la perte d'autonomie (Gupta et al., 2024; Samuel et al., 2023; Schwartz et al., 2023).

***Dans ce contexte, les démarches de gouvernance alimentaire menées à l'échelle des villes, des MRC ou des régions, souvent désignées comme des démarches SAT*** (pour Système Alimentaire Territorial ou Tourné vers les besoins de sa communauté), constituent des espaces pertinents pour réfléchir et intervenir sur ces enjeux. Ces démarches reposent sur la mobilisation d'une diversité

d'acteurs et d'actrices d'un territoire afin de mieux comprendre les besoins alimentaires, agricoles et agroalimentaires de la localité et de coconstruire des initiatives adaptées à ces réalités. Elles peuvent porter sur les différents maillons du système alimentaire (production, transformation, distribution, consommation et gestion des matières résiduelles), mais aussi sur les conditions qui favorisent un accès équitable à l'alimentation, en intégrant notamment le droit à l'alimentation, la gouvernance collaborative, la protection des écosystèmes et la souveraineté alimentaire autochtone (Allen & Prosperi, 2016; Blay-Palmer et al., 2021; Duarte et al., 2025; El Bilali, 2019).

***L'intérêt des démarches SAT réside essentiellement dans leur capacité à mettre en relation des enjeux souvent traités séparément***, comme l'accès économique à l'alimentation, l'organisation des services, l'aménagement des milieux de vie, l'action communautaire, et les politiques publiques locales (Genesse et al., 2026). Au Québec, plusieurs régions disposent d'instances intersectorielles de gouvernance alimentaire visant à analyser les réalités locales, définir des priorités communes et soutenir la mise en œuvre d'actions adaptées aux besoins du territoire (Forum SAT, 2022). À titre d'exemple, le Conseil du système alimentaire de Montréal (Conseil SAM) coordonne la concertation à Montréal, le Chantier Se Nourrir joue ce rôle dans la région de la Capitale-Nationale, et le Collectif Borée mobilise les parties prenantes au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ces démarches offrent un cadre favorable pour agir sur les conditions d'accès à l'alimentation (p. ex., accessibilité des commerces, transports et services alimentaires) et sur leurs déterminants structurels (p. ex., politiques publiques, allocation des ressources et organisation des services).

***Toutefois, les réalités vécues par les personnes en situation de handicap demeurent encore peu visibles dans les démarches SAT*** et dans leurs réflexions portant sur l'équité (Francoeur et al., 2025; Genesse et al., 2026). Les enjeux liés au handicap sont souvent moins explicitement abordés que d'autres dimensions de l'inclusion, alors même qu'ils touchent directement les conditions physiques, économiques, sociales et organisationnelles d'accès à l'alimentation (Genesse et al., 2026). La participation des personnes en situation de handicap aux espaces de concertation peut aussi être limitée par des formats, des lieux, des horaires ou des modes de communication peu accessibles (Forum SAT, 2022; Swenor, 2021).

***Par ailleurs, bien que plusieurs études aient documenté l'ampleur de l'insécurité alimentaire, les conditions d'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap*** (p. ex. Bilyk et al., 2009; Hitzig et al., 2024; Schwartz et al., 2023**), et les facteurs structurels et mécanismes contribuant aux inégalités d'accès** (p. ex. Gupta et al., 2024 ; Samuel et al., 2023; Schwartz et al., 2023; Spurway & Soldatic, 2015), ces connaissances demeurent dispersées. À notre connaissance, elles n'ont pas encore fait l'objet d'une synthèse permettant d'en dégager une vision d'ensemble et d'éclairer leur mobilisation dans les démarches alimentaires territoriales.

***Dans ce contexte, la présente recension des écrits scientifiques apparait nécessaire*** afin de documenter l'ampleur de l'insécurité alimentaire et les conditions qui façonnent l'accès à l'alimentation, d'examiner les facteurs structurels et les mécanismes qui créent ou renforcent les inégalités d'accès, et de dégager les principaux leviers d'action proposés dans la littérature. Cette synthèse vise ainsi à soutenir les discussions avec les personnes en situation de handicap, leurs proches et les organismes concernés, et à éclairer les démarches territoriales visant à améliorer l'équité d'accès à l'alimentation.

# 2. Objectifs

Cette étude vise à établir une synthèse des connaissances scientifiques sur l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap afin d'éclairer les démarches territoriales visant à améliorer l'équité d'accès à l'alimentation. Plus précisément, cette revue narrative des écrits poursuit les objectifs suivants :

**(1)** documenter l'ampleur, la répartition de l'insécurité alimentaire, et les conditions qui façonnent l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap ;

**(2)** analyser les facteurs structurels et les mécanismes qui créent ou renforcent les inégalités d'accès à l'alimentation ;

**(3)** recenser les recommandations susceptibles d'améliorer l'équité d'accès à l'alimentation.

# 3. Méthodologie

***Devis***. La présente synthèse des connaissances prend la forme d'une revue narrative de la littérature et porte sur l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap. Ce type de revue est particulièrement pertinent dans des champs de recherche intersectoriels où les travaux sont variés tant dans leurs objets que dans leurs approches (Baumeister & Leary, 1997). À la différence des revues systématiques, la revue narrative permet d'examiner et de mettre en relation des données hétérogènes et diversifiées, et accorde une place importante à l'interprétation des résultats. La démarche a été guidée par les recommandations du SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles), un cadre visant à soutenir la qualité des revues narratives en portant une attention à la formulation des objectifs, à la transparence de la stratégie de recherche, à la pertinence des sources retenues et à la clarté de la synthèse proposée (Baethge et al., 2019).

***Stratégie de recherche***. Une recherche documentaire a été réalisée dans Web of Science en février 2026, une base de données multidisciplinaire permettant de couvrir plusieurs champs pertinents pour cette recension, notamment la santé, les sciences sociales et les sciences de l'alimentation. La stratégie de recherche combinait des termes relatifs au handicap et aux limitations fonctionnelles (p. ex., *disability, mobility limitation*), ainsi qu'aux systèmes alimentaires et à l'accès à l'alimentation (p. ex., *local food system, food access, food insecurity, food bank*). Les mots-clés ont été utilisés à l'aide des opérateurs booléens AND et OR, et ont permis de capter les études portant sur l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap (voir Annexe 1 pour la liste complète des mots-clés).

***Critères de sélection*.** La sélection des documents a été réalisée par deux membres de l'équipe (LG et AS) selon les critères suivants : (1) le document devait porter sur l'accès à l'alimentation, l'insécurité alimentaire ou les expériences alimentaires des personnes en situation de handicap, et contribuer de manière explicite à l'avancement des connaissances sur ces enjeux ; (2) les publications devaient porter sur des contextes de pays industrialisés, principalement en Amérique du Nord, Europe et Océanie, afin d'assurer une certaine comparabilité des systèmes alimentaires et des politiques publiques ; (3) seuls les documents rédigés en français ou en anglais, publiés à partir de 2006 ont été considérés, afin de refléter les connaissances contemporaines sur

l'accessibilité alimentaire et le handicap. Au total, sur les 150 sorties, 47 documents ont été présélectionnés sur la base de leur titre et de leur résumé. Parmi ceux-ci, 21 ont été jugés suffisamment pertinents pour être inclus dans la recension (voir liste des documents en Annexe 2).

***Cadre conceptuel.*** La codification et l'interprétation des données ont été guidées par le Nutrition Equity Framework (NEF) de Nisbett et al. (2022). L'intérêt de ce cadre est de montrer, dans une chaîne explicative, comment les structures sociales et politiques s'expriment à travers des mécanismes producteurs d'inégalités, qui façonnent à leur tour les conditions de vie et les environnements alimentaires et, ultimement, l'accès à l'alimentation et la santé. Cette chaîne comprend trois principales composantes : (1) les déterminants structurels, qui comprennent le contexte sociopolitique (institutions, acteurs, politiques, règles, normes et rapports de pouvoir) et la stratification sociale (position occupée dans la société et ressources auxquelles les personnes ont accès) ; (2) les mécanismes producteurs d'inégalités, soit la distribution inéquitable des ressources et des possibilités, l'injustice et l'exclusion de la représentation et de la participation ; (3) les déterminants intermédiaires, soit les conditions de vie quotidiennes, les environnements alimentaires, de soins et de santé, ainsi que les pratiques alimentaires et de santé, qui sont façonnés par ces mécanismes. De façon transversale, le NEF considère également la dimension temporelle, intergénérationnelle et territoriale des inégalités. Celles-ci peuvent s'accumuler au cours de la vie, se reproduire entre les générations, et se déployer différemment selon les territoires. Dans cette étude, le NEF a été mobilisé pour guider l'analyse des facteurs qui contribuent à façonner l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap et dégager des leviers pertinents pour l'action territoriale.

***Codification et synthèse des données.*** La codification a été réalisée en deux temps. Dans un premier temps, les caractéristiques descriptives de chaque étude ont été recensées, incluant l'année de publication, le pays d'affiliation de l'autrice ou de l'auteur principal, le sujet principal du document, le territoire concerné, la population et le type d'étude (p. ex., enquête quantitative, entrevues qualitatives, recension des écrits) (voir Annexe 3).

Dans un deuxième temps, un codage thématique a été réalisé en combinant les logiques déductive et inductive. Tout d'abord, les trois thèmes principaux de la grille de codage ont été définis a priori, en cohérence avec les objectifs de la recension et les principales composantes du NEF : (1) l'ampleur, la répartition de l'insécurité alimentaire, et les conditions d'accès à l'alimentation ; (2) les facteurs structurels et les mécanismes qui créent ou renforcent les inégalités d'accès à l'alimentation ; (3) les recommandations et leviers d'action pour améliorer l'équité d'accès à l'alimentation. Après, une liste initiale de sous-thèmes, avec la codification associée, a été produite par l'outil Google NotebookLM. Cette liste a permis d'établir la grille de codage initiale combinant les thèmes et les sous-thèmes. Ensuite, chaque article a été analysé et codé à l'aide de cette grille de codage. Au cours de ce processus, des unités de sens récurrentes ont été identifiées dans les données (p. ex., obstacles liés à la mobilité, coûts des soins, isolement social), puis réorganisées de manière inductive afin d'établir une liste finale des sous-thèmes au sein de chaque thème principal, accompagnés des énoncés synthétisant les données des articles. Les regroupements en sous-thèmes et les énoncés associés ont été discutés et validés au sein de l'équipe de recherche afin d'assurer la rigueur et la crédibilité de l'analyse.

# 4. Résultats

Un total de 21 études a été inclus dans cette synthèse des connaissances publiées dans des journaux scientifiques, dont la majorité a été publiée entre 2021 et 2024 (48 %). Les études proviennent principalement des États-Unis (57 %) et du Canada (19 %). Les enquêtes populationnelles dominent largement (71 %), et les études qualitatives et les synthèses des écrits sont moins représentées. Ces études sont majoritairement menées à l'échelle d'un pays (67 %). Les travaux se concentrent surtout sur les facteurs d'influence et la prévalence de l'insécurité alimentaire (67 %) et parfois sur les expériences vécues et les liens avec la santé et le bien-être mental. **Très peu d'études portent sur les interventions à privilégier, les stratégies de plaidoyer ou l'analyse des déterminants structurels et des mécanismes qui renforcent les inégalités d'accès à l'alimentation, ce qui met en évidence une lacune importante dans la littérature actuelle.**

***Tableau 1*. Description des études incluses (N=21).**

| Caractéristiques | Nombre d'études | Proportion |
|---|---|---|
| **Année de publication** | | |
| Avant 2016 | 3 | 14 % |
| Entre 2016 et 2020 | 8 | 38 % |
| Entre 2021 et 2024 | 10 | 48 % |
| **Pays de l'étude** | | |
| États-Unis | 12 | 57 % |
| Canada | 4 | 19 % |
| Autres pays (UK, Corée du Sud, Australie) | 3 | 15 % |
| Multiples pays | 2 | 9 % |
| **Échelle de l'étude** | | |
| Un pays | 14 | 67 % |
| Une région | 2 | 9 % |
| Une ville | 2 | 9 % |
| Une université | 1 | 5 % |
| Multiples pays | 2 | 10 % |
| **Type d'article** | | |
| Enquête quantitative | 15 | 71 % |
| Entrevues et observations | 4 | 19 % |
| Synthèse des écrits | 2 | 10 % |
| **Sujet principal de l'étude** | | |
| Facteurs et prévalence de l'insécurité alimentaire | 14 | 67 % |
| Expériences et obstacles à l'accès alimentaire | 4 | 19 % |
| Liens entre insécurité alimentaire, santé, bien-être | 3 | 14 % |

## 4.1 Ampleur de l'insécurité alimentaire et conditions d'accès à l'alimentation

***Une insécurité alimentaire importante et inégalement répartie.*** Au Canada, en 2021, 26 % des personnes avec un handicap vivent de l'insécurité alimentaire, contre 13 % de celles sans handicap (Gupta et al., 2024). Les taux atteignent 36 % chez les personnes ayant des troubles cognitifs ou de vision (Gupta et al., 2024), et jusqu'à 47 % chez les étudiants présentant plusieurs handicaps durant la pandémie de COVID-19 (Soria & Coca, 2023). Dans les contextes urbains (p. ex., conditions hivernales compliquant les déplacements), ces proportions peuvent atteindre 61 % (Schwartz et al., 2019). Le risque d'insécurité alimentaire est 6 fois plus élevé en cas de handicaps physiques et cognitifs cumulés (Hadfield-Spoor et al., 2022). Des disparités sociales persistent, avec des taux plus élevés chez les personnes autochtones et les femmes (Brown et al., 2020; Gupta et al., 2024).

***Tableau 2*. Synthèse sur l'ampleur et la répartition de l'insécurité alimentaire*.**

| Thèmes | Exemples tirés des études |
|---|---|
| *Ampleur de l'insécurité alimentaire* | • **Gupta (2024), Canada :** En 2021, l'IA atteint 36 % chez les PSH ayant des troubles de mémoire, de vision ou de l'apprentissage. Les PSH ont 2,5 fois plus de risque de souffrir d'IA que celles sans handicap.<br>• **Charnes (2021), États-Unis :** En 2012-2013, l'IA des ménages avec une PSH est de 35,2 % contre 12,4 % pour les ménages sans PSH.<br>• **Williams (2022), États-Unis :** Entre 2011 et 2017, les PSH sont 2 fois plus à risque de vivre en pauvreté (22,4 %) et 3 fois plus à risque de déclarer une très faible sécurité alimentaire (11,9 %), que ceux sans handicap. |
| *Sévérité et cumul des handicaps* | • **Hadfield-Spoor (2022), Royaume-Uni :** En 2021, chez les PSH, le risque d'IA augmente de 19 % pour chaque handicap en plus. Le risque est 6 fois plus élevé pour les PSH avec limitations physiques et cognitives.<br>• **Gupta (2024), Canada :** En 2021, 7,8 % des PSH ont une IA sévère (p. ex., passer un jour sans manger), contre 2 % de celles sans handicap. Ce risque est 2,8 fois plus élevé chez les PSH avec trois handicaps ou plus (13,6 %), comparé à celles en déclarant un seul (4,8 %).<br>• **Brown (2020), États-Unis :** La sévérité des limitations fonctionnelles est associée à la sévérité de l'insécurité alimentaire. |
| *Variation selon le genre, l'âge, la situation conjugale, le revenu et le statut autochtone* | • **Gupta (2024), Canada :** Les PSH autochtones présentent un taux global d'IA supérieur de 18 % à la moyenne nationale des PSH.<br>• **Huang (2010), États-Unis :** En 1999, lorsque la PSH est l'épouse, le risque d'IA est deux fois plus élevé que lorsque la PSH est l'époux.<br>• **Brown (2020), États-Unis :** L'IA des femmes > à celle des hommes.<br>• **Chang (2017), États-Unis :** Les PSH aînées vivant seules ont un risque d'IA 3,4 fois plus élevé que si elles sont en couple ; les PSH aînées à faible revenu ont 2 fois plus de risque d'IA sévère que les personnes aînées à faible revenu sans handicap.<br>• **Guo (2020), États-Unis :** Entre 2011 et 2015, l'IA touche 47 % des jeunes PSH (18-25 ans), soit quatre fois la moyenne nationale (12,7 %). |

** Notes : PSH = personnes en situation de handicap; IA = insécurité alimentaire.*

***Des conditions de vie qui façonnent l'accès à l'alimentation.*** Les personnes peuvent rencontrer des difficultés pour se procurer, préparer ou consommer des aliments (Moore et al., 2021). Les obstacles liés à la mobilité, notamment en contexte hivernal, sont épuisants (Schwartz et al., 2023). Les difficultés d'accès aux commerces à bas coût limitent les possibilités d'économiser et peuvent entraîner des achats fractionnés, en petits volumes et plus coûteux (Charnes, 2021). Les dépenses supplémentaires liées au handicap peuvent également imposer des arbitrages entre l'alimentation, le logement et les soins de santé (Samuel et al., 2023). Ces difficultés peuvent enfin s'accompagner d'isolement social et de stigmatisation (Hitzig et al., 2024; Stott et al., 2021).

***Tableau 3.*** **Synthèse des conditions qui façonnent l'accès à l'alimentation.**

| Thèmes | Principales données issues des documents |
|---|---|
| *Autonomie limitée au domicile* | • **Hitzig (2024), Canada :** Les emballages et aliments peuvent être difficiles à manipuler, poussant les PSH à éviter de s'alimenter ou de demander de l'aide.<br>• **Bilyk (2009), Canada :** Avec une déficience visuelle, préparer un repas prend 2 fois plus de temps. Cela favorise la consommation de plats transformés ou de restaurant, et peut contribuer au surpoids. |
| *Conditions hivernales* | • **Schwartz (2023), Canada :** En 2017 et 2018 à Toronto, l'hiver complique les déplacements (trottoirs glacées, attente au froid pour les transports), favorise une IA élevée (61 %) et épuise les PSH cherchant des commerces moins chers. |
| *Difficultés d'accès aux commerces, transports et livraisons* | • **Charnes (2021), États-Unis :** En 2012 et 2013, les ménages avec une PSH font des achats fractionnés plus coûteux, moins d'achat en gros et fréquentent moins les magasins-entrepôts (type Costco) que les ménages sans handicap.<br>• **Schwartz (2019), Canada :** Les obstacles dans les rues et les bâtiments (allées étroites, absence de rampe) et l'inaccessibilité des transports limitent la capacité des PSH à choisir les commerces offrant les meilleurs prix et qualité.<br>• **Heflin (2018), États-Unis :** Les limitations de mobilité, de vision et d'audition entravent les sorties, l'accès aux aliments et favorisent l'isolement à domicile. |
| *Dépenses de santé et logement élevées* | • **Samuel (2023), États-Unis :** Les ménages à faible revenu incluant une PSH vivent davantage d'IA en raison de coûts plus élevés (équipements, assistance).<br>• **Park (2020), Corée du Sud :** En 2013, 26 % des ménages avec PSH sont inquiets de manquer de nourriture, contre 16 % des ménages sans PSH.<br>• **Spurway (2015), Australie :** En contexte de pauvreté, les PSH sacrifient la nourriture pour payer le loyer ou les frais médicaux. |
| *Isolement social et stigmatisation* | • **Stott (2021), États-Unis :** Les PSH étudiantes sont plus isolées et discriminées, et ont moins d'expériences de travail. L'IA est liée à une santé mentale moindre.<br>• **Hitzig (2024), Canada :** Des PSH refusent de manger en public par crainte du jugement social, choisissent de ne pas manger et de ne pas demander de l'aide. |

## 4.2 Facteurs structurels et mécanismes qui renforcent les inégalités d'accès à l'alimentation

***Des politiques et prestations sociales souvent insuffisantes ou inadaptées***. Les aides destinées aux personnes en situation de handicap couvrent rarement les besoins essentiels et les coûts supplémentaires liés au handicap (Charnes, 2021; Schwartz et al., 2023). Ces personnes sont deux fois plus à risque de vivre en situation de pauvreté (Williams & Do, 2022). Les écarts entre les revenus d'aide sociale et le coût de la vie réduisent les ressources disponibles pour l'alimentation, celle-ci devenant une variable d'ajustement face aux autres dépenses essentielles (Schwartz et al., 2023). Les programmes d'aide alimentaire (p. ex., Supplemental Nutrition Assistance Programme) compensent mal les surcoûts liés au handicap, puisque les ménages demeurent à risque d'insécurité alimentaire (Charnes, 2021). Enfin, des critères d'éligibilité restrictifs, des démarches complexes et certaines règles sur le revenu ou l'épargne limitent l'accès aux aides et peuvent maintenir les personnes dans la précarité (Guo et al., 2019; Heflin et al., 2018; Huang et al., 2010; Samuel et al., 2023; Spurway & Soldatic, 2015; Stott et al., 2021).

***Tableau 4.*** **Synthèse des politiques et prestations sociales influençant l'accès à l'alimentation.**

| Thèmes | Principales données tirées des études |
|---|---|
| *Prestations insuffisantes pour couvrir les besoins* | • **Schwartz (2023), Canada :** En 2018 à Toronto, le revenu annuel maximal d'aide sociale aux PSH (14 954 $) est inférieur de 6 000 $ au seuil de pauvreté (21 207 $). Cela place 65 % des bénéficiaires en situation d'IA car l'alimentation est la variable d'ajustement face aux coûts du logement.<br>• **Charnes (2021), États-Unis :** Entre 2012 et 2013, le programme Supplemental Nutrition Assistance (SNAP) ne suffit pas car le risque d'IA des ménages avec PSH est 2 fois plus élevé que pour ceux sans handicap, même à revenu égal. |
| *Critères et règles limitant l'accès aux prestations* | • **Samuel (2023), États-Unis :** En 2018, des ménages à faible revenu incluant une PSH sont exclus du SNAP. L'accès conditionné aux prestations d'invalidité exclut des PSH en emploi précaire, laissées avec des démarches complexes.<br>• **Stott (2021), États-Unis :** Les bourses Pell pour les PSH étudiantes à faible revenu ne suffisent pas à compenser les surcoûts annuels liés au handicap (de 1 170 $ à 6 952 $). L'exigence de 20h de travail par semaine pour l'accès au SNAP est un frein pour ces étudiants moins susceptibles d'avoir un emploi.<br>• **Guo (2019), États-Unis :** À 18 ans, un tiers des PSH perdent leur admissibilité à l'aide sociale (supplemental security income) en raison de critères du handicap plus stricts ; entrainant souvent la perte des droits SNAP et exposant à une IA sévère.<br>• **Heflin (2018), États-Unis :** La conversion automatique de l'assurance invalidité en revenu de sécurité sociale à 65 ans réduit souvent le revenu des PSH âgées. Ces aides sont peu adaptées aux besoins des PSH avec limitations cognitives.<br>• **Huang (2010), États-Unis :** Les règles de limitation des actifs et de l'épargne imposées par les aides sociales (p. ex., food stamp, supplemental security income, medicaid) empêchent les PSH de se faire un filet de sécurité financier.<br>• **Spurway (2015), Australie :** Une hausse de salaire aggrave l'IA des PSH, en provoquant une baisse des aides sociales pour le loyer et les services publics. |

***Une distribution inéquitable des ressources et des possibilités***. Les personnes disposent souvent de moins de ressources financières et assument des dépenses supplémentaires liées au handicap, notamment pour le logement, la santé, le transport ou l'alimentation. Elles sont moins présentes sur le marché du travail et, à compétences et temps de travail comparables, ont des revenus inférieurs à ceux des personnes sans handicap (Guo et al., 2019). L'inaccessibilité de certains commerces et transports contraint les personnes à recourir à des options plus coûteuses, comme les dépanneurs ou services de livraison (Schwartz et al., 2019). Ces inégalités, insuffisamment compensées par les prestations sociales, forcent à des arbitrages entre l'alimentation et d'autres besoins essentiels (Gupta et al., 2024; Spurway & Soldatic, 2015). À ces surcoûts s'ajoutent ceux liés aux conséquences de l'insécurité alimentaire sur la santé, associée à une moins bonne santé mentale (Stott et al., 2021) et à un risque d'hospitalisation accru de 70 % (Brucker, 2017).

***Tableau 5.*** **Synthèse des inégalités de ressources et possibilités d'accès à l'alimentation.**

| ***Thèmes*** | **Principales données tirées des études** |
|---|---|
| *Ressources financières plus faibles* | • **Guo (2019, 2020), États-Unis :** Les PSH sont moins sur le marché du travail. À compétences égales et à temps plein, elles gagnent moins que celles sans handicap.<br>• **Brown (2020), États-Unis :** Les PSH femmes ont moins souvent un emploi, gagnent moins et possèdent moins d'actifs financiers que les PSH hommes. |
| *Aliments plus chers et difficiles d'accès* | • **Williams (2022), États-Unis :** Une PSH a besoin d'un revenu 2,7 fois supérieur à celui d'une personne sans handicap, pour atteindre un niveau de sécurité alimentaire équivalent. Cela est dû aux surcoûts liés aux régimes alimentaires spécialisés, aux achats de plats préparés et aux frais de livraison.<br>• **Schwartz (2019), Canada :** Dû aux environnements et transports inaccessibles, les PSH ont recours à des magasins de proximité plus chers et des livraisons.<br>• **Spurway (2015), Australie :** Dans les régions éloignées, les prix alimentaires sont 29 % plus élevés que dans les zones urbaines, et cela est exacerbé par le manque de transports en commun pour l'accès aux magasins moins chers.<br>• **Bilyk (2009), Canada:** L'achat en ligne est commode mais engendre des frais. |
| *Surcoûts et effets sur la santé* | • **Gupta (2024), Canada :** L'IA est exacerbée par des frais de santé élevés, en plus des régimes alimentaires spécialisés coûteux et des difficultés de mobilité.<br>• **Brucker (2017), États-Unis :** En 2011, les PSH en IA ont un risque d'hospitalisation de 70 % plus élevé que les PSH en sécurité alimentaire. Une aide alimentaire préventive serait plus économique pour le gouvernement. |
| *Accès limité aux services d'aide alimentaire* | • **Williams (2022), États-Unis :** Les services (banques alimentaires, repas chauds) imposent souvent des déplacements vers des sites avec des plages horaires restreintes, et les obligent à transporter leurs denrées jusqu'au domicile.<br>• **Charnes (2021), États-Unis :** Les banques alimentaires peuvent offrir des denrées en quantité insuffisante et de faible qualité nutritionnelle.<br>• **Brown (2020), États-Unis :** Les limitations fonctionnelles peuvent constituer une barrière pour accéder aux sources d'aide alimentaire d'urgence.<br>• **Bilyk (2009), Canada :** Des organismes dédiés aux PSH n'offrent pas de services répondant aux besoins alimentaires de cette communauté. |

## 4.3 Recommandations pour améliorer l'équité d'accès à l'alimentation

***Agir en priorité sur la précarité financière***. Les études soulignent que l'amélioration de l'accès à l'alimentation passe d'abord par une réduction de la précarité financière, notamment par un soutien au revenu, une réduction de la pauvreté et une meilleure prise en compte des dépenses essentielles, comme les frais médicaux, dans le calcul des aides (Hadfield-Spoor et al., 2022; Huang et al., 2010; Schwartz et al., 2023). Une simplification des démarches administratives et des critères d'admissibilité aux aides sociales est aussi recommandée (Park et al., 2020; Samuel et al., 2023).

***Tableau 6.*** **Synthèse des recommandations pour réduire la précarité financière.**

| Thèmes | Principales données tirées des études |
|---|---|
| *Soutien au revenu et réduction de la pauvreté* | • **Schwartz (2023), Canada :** Un revenu de base garanti ou un supplément substantiel aux prestations d'invalidité est requis pour couvrir le déficit structurel lié au coût de la vie pour les PSH.<br>• **Hadfield-Spoor (2022), Royaume-Uni :** Des politiques d'inclusion sociale et financière des PSH, visant l'amélioration de l'accès aux services de santé et aux aides sociales sont recommandées pour réduire les désavantages multiples.<br>• **Charnes (2021), États-Unis :** Une révision du programme SNAP en un revenu universel d'alimentation est souhaitée pour réduire les barrières d'accès.<br>• **Huang (2010), États-Unis :** Les aides sociales devraient intégrer les besoins essentiels, comme les frais médicaux, dans le calcul des aides. Des incitatifs à l'épargne seraient à favoriser, car les économies sont un facteur de résilience. |
| *Simplification de l'admissibilité et de l'accès aux aides sociales* | • **Samuel (2023), États-Unis :** Le processus d'inscription des PSH au programme SNAP devrait être simplifié et baser l'admissibilité sur les limitations fonctionnelles plutôt que sur l'accès aux prestations d'invalidité.<br>• **Stott (2021), États-Unis :** Des campagnes d'information pourraient augmenter la participation au programme SNAP chez les PSH étudiantes.<br>• **Guo (2019), États-Unis :** Un système coordonné et simplifié pour les PSH participant à plusieurs programmes publics est recommandé afin d'optimiser l'accès. L'aide alimentaire devrait être incluse dans la transition à l'âge adulte. |
| *Suivi de l'efficacité des aides* | • **Gupta (2024), Canada :** Suivre régulièrement l'IA des PSH est recommandé pour évaluer l'impact des aides sociales, notamment dans le cadre de la révision de la prestation canadienne d'invalidité. |

***Améliorer l'accès aux services et aux environnements alimentaires.*** Les services alimentaires de proximité doivent être accessibles aux personnes ayant des difficultés de mobilité ou de déplacement. Plusieurs travaux recommandent le développement de services de livraison de repas et d'aliments à domicile, un meilleur accès aux transports et aux environnements favorisant la participation sociale, ainsi que la mise en place de points de service uniques facilitant l'orientation vers les ressources disponibles (Chang & Hickman, 2017; Heflin et al., 2018; Schwartz et al., 2023; Soria, 2023). Faciliter l'accès aux épiceries les plus abordables, notamment aux magasins-entrepôts, incluant des modalités de paiement adaptées, est également recommandé (Charnes, 2021). Enfin, plusieurs études soulignent l'importance d'appliquer les principes de conception

universelle et de réduire les barrières physiques du domicile, dans les commerces et les espaces publics (Bilyk et al., 2009; Hitzig et al., 2024; Schwartz et al., 2023).

***Tableau 7.*** **Synthèse des recommandations sur les services et environnements alimentaires.**

| Thèmes | Principales données tirées des études |
|---|---|
| *Adapter les services alimentaires de proximité* | • **Soria (2023), États-Unis :** Avoir un point local de service unique pour l'aide aux PSH offrant une prise en charge globale, en intégrant des ressources sur les besoins essentiels et du personnel capable d'orienter vers ces ressources. Étendre l'offre des banques alimentaires par la diversification des points d'accès, ainsi que par l'inclusion de produits sans allergènes pour répondre aux besoins diététiques spécifiques des PSH. Étendre les horaires des banques alimentaires.<br>• **Charnes (2021), États-Unis :** Faciliter les achats en gros aux PSH en proposant des modalités de paiement plus souples ou une aide financière pour couvrir les frais d'adhésion aux magasins-entrepôts coûteux ainsi que des mesures d'accessibilité universelle dans ces magasins-entrepôts, afin de leur permettre de bénéficier de cette stratégie de réduction des coûts alimentaires.<br>• **Heflin (2018), États-Unis :** Adapter l'aide alimentaire (soupes populaires, banques alimentaires) aux PSH en proposant la livraison à domicile.<br>• **Chang (2017), États-Unis :** Contourner les obstacles physiques de la mobilité avec la livraison d'épicerie et de repas peut s'avérer plus important que de simplement offrir un pouvoir d'achat supplémentaire.<br>• **Bilyk (2009), Canada :** Offrir des formations réalistes et centrées sur le client portant sur la préparation des repas pour les personnes avec une déficience visuelle (p. ex., découpage sécuritaire, mesure des liquides et méthodes pour détecter les aliments périmés), ainsi que sur l'utilisation des technologies d'assistance pour les achats en ligne. Collaborer avec les restaurants pour favoriser l'inclusivité (ex. menus en braille/audio). |
| *Améliorer la mobilité et l'accessibilité physique* | • **Schwartz (2023), Canada :** Le déneigement des trottoirs est un choix politique pour la mobilité hivernale des PSH. Une application stricte des normes d'accessibilité universelle dans les lieux publics et privés est requise. La priorité est de lever les barrières physiques à toutes les échelles (domicile, magasin, ville). |
| *Souveraineté foncière autochtone* | • **Spurway (2015), Australie :** Soutenir la souveraineté foncière autochtone, condition essentielle de la sécurité alimentaire. Les terres traditionnelles sont ainsi utilisées pour la chasse et la pêche et faire face aux prix élevés des aliments et à l'insuffisance des revenus. |

***Mieux intégrer l'accès à l'alimentation dans les services de santé.*** Les milieux cliniques constituent un levier important pour améliorer la sécurité alimentaire, notamment par le dépistage systématique de l'insécurité alimentaire, la formation des professionnels et l'orientation vers les ressources disponibles (Brucker, 2017). Il est recommandé d'utiliser des outils de mesure de la sécurité alimentaire et nutritionnelle spécifiquement adaptés et sensibles aux réalités vécues par les personnes en situation de handicap (Moore et al., 2021). Les services de santé gagneraient aussi à mieux intégrer les liens entre handicap, insécurité alimentaire et déterminants sociaux de la santé dans leurs approches cliniques (Gupta et al., 2024). Enfin, l'importance de la collaboration

interdisciplinaire est soulignée, notamment avec les ergothérapeutes et les nutritionnistes pour le renforcement des compétences, ainsi que l'intégration de la préparation des repas dans les services de soins à domicile (Bilyk et al., 2009; Schwartz et al., 2019; Hitzig et al., 2024).

***Tableau 8.*** **Synthèse des recommandations sur l'alimentation dans les services de santé.**

| ***Thèmes*** | **Principales données tirées des études** |
|---|---|
| *Dépistage et prise en compte systématique de l'accès à l'alimentation* | • **Hitzig (2024), Canada :** Les ergothérapeutes peuvent s'impliquer dans l'éducation à la manipulation des emballages et la consommation des repas.<br>• **Gupta (2024), Canada :** Les liens entre handicap, IA et déterminants sociaux et culturels de la santé devraient être davantage pris en compte dans la clinique.<br>• **Moore (2021), Multiples pays :** Des outils de mesure de l'IA et nutritionnelle spécifiques et sensibles aux PSH devraient être utilisés dans les consultations.<br>• **Brown (2020), États-Unis :** Le niveau de sécurité alimentaire devrait être abordé avec tous les patients, en portant une attention particulière aux femmes.<br>• **Brucker (2017), États-Unis :** Un dépistage systématique de l'IA devrait être effectué dans les soins de routine des PSH. Les professionnels devraient être formés pour informer les PSH et les orienter vers les ressources locales.<br>• **Bilyk (2009), Canada :** Des consultations avec des nutritionnistes devraient contribuer aux compétences liées à l'alimentation chez les PSH. |
| *Adaptation des services aux besoins alimentaires* | • **Park (2020), Corée du Sud :** Les prestations d'aide alimentaire devraient être adaptées aux types de handicap et prendre en compte les besoins globalement.<br>• **Schwartz (2019), Canada :** Les soins à domicile devraient inclure systématiquement la préparation des repas.<br>• **Hitzig (2024), Canada :** Dans les centres de réadaptation, les bénévoles peuvent aider les patients (p. ex., ouvrir leurs emballages au moment des repas), ce qui permet d'améliorer les apports alimentaires des PSH. |
| *Conception universelle des emballages* | • **Hitzig (2024), Canada :** Les principes de conception universelle devraient être imposés aux industriels de l'emballage (onglets plus grands, matériaux légers, repères clairs). Une collaboration des experts en emballage, des ingénieurs et des PSH est recommandée pour concevoir des outils d'ouverture innovants. |

# 5. Leçons à retenir

Cette synthèse met en évidence d'importantes inégalités d'accès à l'alimentation chez les personnes en situation de handicap. Elle montre que ces difficultés ne relèvent pas uniquement des limitations fonctionnelles, mais résultent de la combinaison de ressources plus faibles et de surcoûts liés au handicap, de politiques sociales insuffisantes et d'environnements et services globalement peu accessibles. À la lumière du *Nutrition Equity Framework*, plusieurs mécanismes contribuant à produire ou renforcer ces inégalités peuvent être dégagés.

**1. Des inégalités d'accès et une insécurité alimentaire au moins deux fois plus élevée**

***Les résultats montrent que les personnes en situation de handicap sont particulièrement exposées à l'insécurité alimentaire*,** avec des niveaux largement supérieurs à ceux observés dans la population générale (Brown et al., 2020; Gupta et al., 2024; Williams & Do, 2022). Selon l'Enquête canadienne sur le revenu de 2021, 26,4 % des personnes en situation de handicap vivent dans un ménage en insécurité alimentaire au Canada, comparativement à 12,5 % des personnes sans handicap, soit un risque environ 2,5 fois plus élevé (Gupta et al., 2024). Les résultats montrent également que cette vulnérabilité tend à s'accentuer lorsque plusieurs formes d'inégalités se combinent, notamment le faible revenu, le fait de vivre seul, le genre ou l'appartenance autochtone (Chang & Hickman, 2017; Gupta et al., 2024; Huang et al., 2010). Par exemple, les personnes aînées à faible revenu vivant seules avec un handicap présenteraient un risque d'insécurité alimentaire environ trois fois plus élevé que celles vivant en couple (Chang & Hickman, 2017).

***Les personnes présentant plusieurs incapacités ou certains types de handicaps semblent particulièrement à risque.*** Le taux d'insécurité alimentaire peut atteindre 36 % chez les personnes présentant des incapacités cognitives, liées à la mémoire, à l'apprentissage ou à la vision (Brown et al., 2020; Gupta et al., 2024; Hadfield-Spoor et al., 2022). Le risque est également six fois plus élevé lorsque des handicaps physiques et cognitifs sont cumulés (Hadfield-Spoor et al., 2022). Ces résultats montrent que les difficultés d'accès à l'alimentation ne sont pas réparties uniformément parmi les personnes en situation de handicap et tendent à s'accentuer lorsque plusieurs désavantages se cumulent. Cela justifie de considérer l'articulation entre la position sociale, les ressources disponibles et les différentes formes de désavantage.

**2. Des revenus plus faibles et des surcoûts insuffisamment compensés**

***Les résultats mettent en évidence un double désavantage économique***, combinant des revenus plus faibles et des dépenses supplémentaires liées au handicap. Les personnes en situation de handicap sont moins présentes sur le marché du travail, occupent moins souvent un emploi à temps plein et disposent généralement de revenus plus faibles que les personnes sans handicap (Brown et al., 2020; Guo et al., 2019; Gupta et al., 2024; Stott et al., 2021; Williams & Do, 2022). Elles sont environ deux fois plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté (Williams & Do, 2022). Les femmes et les personnes autochtones en situation de handicap apparaissent particulièrement désavantagées sur le plan économique (Brown et al., 2020; Gupta et al., 2024). Certaines études font aussi état de discrimination, d'isolement social et d'un moindre sentiment d'appartenance, pouvant freiner l'accès ou le maintien à l'emploi (Hitzig et al., 2024; Stott et al., 2021).

***À ces ressources plus limitées s'ajoutent des dépenses supplémentaires directement ou indirectement liées au handicap.*** Elles concernent notamment les frais médicaux, les services d'assistance, le transport, la livraison, certains régimes alimentaires spécialisés ou le recours aux plats préparés (Brucker, 2017; Gupta et al., 2024; Samuel et al., 2023; Schwartz et al., 2023; Spurway & Soldatic, 2015). Plusieurs études montrent que ces coûts peuvent conduire à arbitrer entre l'alimentation et d'autres besoins essentiels, comme les médicaments, les soins ou le logement. Se nourrir peut également coûter davantage lorsque les difficultés de mobilité ou l'inaccessibilité des commerces limitent l'accès aux options les moins coûteuses (Charnes, 2021; Schwartz et al., 2019, 2023; Spurway & Soldatic, 2015).

***Les politiques et programmes sociaux apparaissent insuffisants pour corriger ce déséquilibre.*** À Toronto, en 2018, le revenu annuel maximal d'aide sociale destiné aux personnes en situation de handicap était de 14 954 $, soit environ 6 000 $ sous le seuil de pauvreté de 21 207 $ (Schwartz et al., 2023). Les critères d'admissibilité, les démarches administratives complexes et certaines règles concernant le revenu ou l'épargne peuvent également limiter l'accès aux prestations (Guo et al., 2019; Heflin et al., 2018; Huang et al., 2010; Samuel et al., 2023; Spurway & Soldatic, 2015; Stott et al., 2021). Aux États-Unis, même parmi les ménages bénéficiant du SNAP et disposant de revenus comparables, ceux comprenant une personne en situation de handicap présentent un risque d'insécurité alimentaire environ deux fois plus élevé que les autres ménages (Charnes, 2021). Les dispositifs de soutien compensent insuffisamment les revenus plus faibles et les surcoûts liés au handicap, contribuant ainsi aux inégalités d'accès à l'alimentation.

### 3. Des obstacles environnementaux qui amplifient les inégalités économiques

***Les résultats montrent que les obstacles environnementaux peuvent amplifier les effets des contraintes économiques.*** Les conditions climatiques, l'aménagement des rues et des commerces ne répondant pas aux principes d'accessibilité universelle, et les limites des transports en commun et adaptés et des services de livraison, compliquent les déplacements pour faire l'épicerie et accéder aux commerces les plus abordables, souvent plus éloignés. Les services d'aide alimentaire peuvent également exiger des déplacements, imposer des horaires restreints ou nécessiter le transport des denrées jusqu'au domicile (Bilyk et al., 2009; Charnes, 2021; Gupta et al., 2024; Schwartz et al., 2019, 2023; Spurway & Soldatic, 2015). L'accessibilité physique et économique sont donc étroitement liées, les options les plus abordables étant souvent les moins accessibles.

***Ces obstacles se prolongent jusque dans le domicile.*** Certaines personnes éprouvent des difficultés à préparer et à consommer les aliments en raison de cuisines ou d'équipements peu accessibles, de difficultés à manipuler les aliments et les emballages (Bilyk et al., 2009; Huang et al., 2010), ou encore à demander de la nourriture ou à avaler certains aliments (Moore et al., 2021). Les soins à domicile n'intègrent pas toujours la préparation des repas (Schwartz et al., 2019). Ces résultats montrent que de nombreux environnements et services sont conçus selon des normes d'autonomie, de mobilité et de capacité physique qui prennent peu en compte les personnes en situation de handicap, une forme de discrimination appelée capacitisme qui peut renforcer les difficultés d'accès à l'alimentation et témoigne de leur faible prise en compte dans la planification.

## 4. Des leviers d'action à plusieurs niveaux

***Les résultats mettent en évidence des leviers d'action à plusieurs niveaux pour améliorer l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap.*** Certains concernent l'accessibilité des commerces et des transports, l'organisation des services d'aide alimentaires et l'accompagnement offert par les services sociaux, de santé et communautaires, tandis que d'autres relèvent davantage des politiques sociales et des dispositifs nationaux. Les démarches alimentaires territoriales peuvent agir directement sur certains obstacles d'accès mais peuvent aussi contribuer à documenter et à porter auprès des décideurs des enjeux qui dépassent leur champ d'action.

***Les démarches alimentaires territoriales peuvent contribuer à mieux intégrer les réalités des personnes en situation de handicap dans les réflexions et les actions portant sur l'accessibilité et l'équité d'accès à l'alimentation.*** Neuf recommandations issues de la recension peuvent plus particulièrement orienter l'action territoriale :

1. **Améliorer l'accessibilité des transports collectifs et adaptés** vers les commerces alimentaires et les ressources communautaires (Schwartz et al., 2019, 2023).
2. **En contexte hivernal, assurer un meilleur déneigement** des trottoirs, routes et arrêts de transport afin de faciliter l'accès aux commerces et aux organismes (Schwartz et al., 2023).
3. **Développer des services de livraison d'épicerie et de repas préparés abordables**, afin de réduire les obstacles liés à la mobilité et les coûts associés à l'approvisionnement alimentaire (Chang & Hickman, 2017; Heflin et al., 2018; Schwartz et al., 2019).
4. **Renforcer l'accessibilité des services d'aide alimentaires de proximité** (p. ex., soupes populaires, banques alimentaires, cuisines collectives, services de repas à prix modiques), en offrant des aliments de qualité, en quantité suffisante, diversifiés et adaptés aux besoins et aux limitations (p. ex., déglutition, motricité) (Charnes, 2021; Moore et al., 2021; Park et al., 2020). Cela implique également des lieux accessibles, des horaires élargis, des procédures d'inscription simplifiées et des services de livraison lorsque requis (Chang & Hickman, 2017; Heflin et al., 2018; Soria & Coca, 2023).
5. **Renforcer l'accompagnement favorisant l'autonomie alimentaire,** notamment par des consultations avec des nutritionnistes, des formations à la préparation des repas et à l'utilisation des technologies de communication, particulièrement pour les personnes vivant avec une déficience visuelle ou des limitations manuelles (Chang & Hickman, 2017; Hitzig et al., 2024; Moore et al., 2021; Schwartz et al., 2019).
6. **Mieux intégrer l'alimentation dans les services d'aide à domicile**, en prévoyant, selon les besoins, du temps d'aide pour l'épicerie, la préparation des repas et l'alimentation (Schwartz et al., 2019).
7. **Mettre en place des points de service uniques** afin de faciliter l'accès à l'information, aux démarches d'orientation, aux prestations, aux ressources communautaires et aux services alimentaires (Guo et al., 2019; Soria & Coca, 2023).
8. **Promouvoir le dépistage systématique de l'insécurité alimentaire dans les services sociaux et de santé**, mieux former les professionnels et améliorer l'orientation vers les ressources disponibles (Brown et al., 2020; Brucker, 2017; Gupta et al., 2024).
9. **Former le personnel et les bénévoles des ressources communautaires** afin de réduire les préjugés et les discriminations et de mieux répondre aux besoins liés à la santé, à la

nutrition, à la mobilité, à la communication et à l'utilisation des technologies d'assistance (Bilyk et al., 2009; Hitzig et al., 2024; Park et al., 2020; Schwartz et al., 2019).

***Plusieurs difficultés d'accès à l'alimentation identifiées dans la recension dépassent toutefois la capacité d'action des démarches territoriales et relèvent de politiques et de dispositifs nationaux.*** C'est notamment le cas des revenus et des prestations, des règles d'admissibilité ou de certaines normes d'accessibilité. Les démarches alimentaires territoriales peuvent néanmoins constituer des espaces de mobilisation et de plaidoyer. Sept recommandations destinées aux responsables politiques et institutionnels ont été dégagées :

1. **Augmenter les prestations** d'invalidité, sociales ou liées à l'alimentation afin de mieux couvrir le coût de la vie, les dépenses supplémentaires liées au handicap et les coûts de l'alimentation (Charnes, 2021; Hadfield-Spoor et al., 2022; Schwartz et al., 2023).
2. **Intégrer dans le calcul des prestations les dépenses liées au handicap**, notamment les frais médicaux, les services d'assistance, les régimes alimentaires spécialisés et les frais de livraison (Huang et al., 2010; Samuel et al., 2023; Williams & Do, 2022).
3. **Simplifier les procédures d'inscription aux prestations** d'invalidité, sociales ou liées à l'alimentation et les rendre plus flexibles lors de changements dans les limitations fonctionnelles ou les situations personnelles, afin de réduire les démarches et de favoriser la continuité des prestations (Guo et al., 2019; Heflin et al., 2018; Samuel et al., 2023).
4. **Favoriser l'accès à l'emploi, à l'épargne ou à certains actifs sans entraîner automatiquement une perte ou une diminution des prestations**, afin de permettre la constitution d'un filet de sécurité financier (Huang et al., 2010; Spurway & Soldatic, 2015).
5. **Utiliser des indicateurs de sécurité alimentaire et nutritionnelle sensibles aux réalités des personnes en situation de handicap** dans les enquêtes, afin d'en suivre l'évolution et d'évaluer les effets des programmes (Gupta et al., 2024; Moore et al., 2021).
6. **Renforcer l'application des normes d'accessibilité universelle dans les environnements**, notamment les domiciles, les organismes communautaires, les commerces, les restaurants, les menus, les achats en ligne et les emballages (Hitzig et al., 2024; Schwartz et al., 2019, 2023).
7. **Promouvoir la souveraineté foncière autochtone** afin de soutenir l'accès aux aliments traditionnels, notamment par la chasse et la pêche, essentiels à la résilience alimentaire des personnes autochtones (Gupta et al., 2024; Spurway & Soldatic, 2015).

### 5. Une gouvernance alimentaire territoriale davantage orientée sur l'équité

***Au-delà des leviers d'action identifiés, les résultats soulèvent la question de la place accordée aux personnes en situation de handicap dans la gouvernance alimentaire territoriale.*** Les obstacles relevés dans cette recension montrent que certains environnements, services et dispositifs prennent encore peu en compte la diversité des capacités, tandis que la participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance alimentaire territoriale est pratiquement absente des études recensées. Ces constats font écho à une récente recension montrant que le manque d'attention à l'équité dans les démarches alimentaires territoriales est notamment associé aux asymétries de pouvoir et à la faible participation des populations concernées dans les espaces de concertation, à une faible littératie sur les enjeux d'équité parmi les parties prenantes, à des

iniquités structurelles historiquement ancrées et normalisées, ainsi qu'à une intégration parfois superficielle de l'équité dans ces démarches (Genesse et al., 2026).

***Une gouvernance davantage orientée vers l'équité suppose de mieux intégrer les personnes concernées aux espaces de concertation et aux décisions qui les touchent.*** Plusieurs pistes sont proposées à cet égard, notamment d'améliorer la représentation des populations concernées, de former les parties prenantes aux enjeux d'équité, d'utiliser des outils d'analyse de l'équité, et de favoriser un accès plus équitable à l'alimentation et aux espaces décisionnels (Genesse et al., 2026). Appliquées aux personnes en situation de handicap, ces pistes invitent à mieux intégrer leurs expériences et leurs besoins dans la planification des environnements, des services et des initiatives alimentaires, à réduire la stigmatisation, à promouvoir des représentations non déficitaires et à favoriser leur pouvoir d'agir.

### 6. Des lacunes importantes dans les connaissances sur l'accès à l'alimentation

***La recension met en évidence d'importantes lacunes dans les connaissances sur l'accès à l'alimentation des personnes en situation de handicap.*** Les études recensées sont largement centrées sur la mesure de l'insécurité alimentaire et de ses facteurs associés, tandis que les autres dimensions de l'accès à l'alimentation sont moins documentées. Les conséquences des difficultés d'accès, les interventions permettant d'y répondre et leur efficacité sont notamment peu étudiées. Peu de travaux évaluent les programmes et politiques existants, les innovations comme la livraison et l'adaptation des services, ou examinent les conditions permettant leur mise à l'échelle. La participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance et à la planification alimentaires territoriales est pratiquement absente du corpus. Ces constats doivent toutefois être interprétés avec prudence compte tenu de l'envergure modeste de la présente recension.

***Les quelques données disponibles montrent pourtant que les difficultés d'accès à l'alimentation peuvent avoir des conséquences sociosanitaires importantes.*** Brucker (2016) rapporte que les personnes en situation de handicap vivant de l'insécurité alimentaire présentent un risque d'hospitalisation 70 % plus élevé que celles en sécurité alimentaire. Les difficultés d'accès peuvent s'accompagner d'une perte d'autonomie et d'un recours accru à l'aide d'autrui pour s'alimenter (Hitzig et al., 2024; Moore et al., 2021), et d'une consommation accrue de plats transformés ou peu variés, avec des conséquences possibles sur la santé (p. ex., obésité, carences) (Bilyk et al., 2009). L'insécurité alimentaire est également associée à une moins bonne santé mentale (Stott et al., 2021). Bien que limitées, ces données montrent l'importance de mieux documenter les conséquences des difficultés d'accès à l'alimentation et les interventions permettant de les prévenir.

### 7. Les limites de la présente recension des écrits

***La recension est d'envergure modeste et ses résultats doivent être interprétés avec prudence.*** Bien que la recherche ait porté plus largement sur l'accès à l'alimentation, les études recensées se sont révélées principalement centrées sur l'insécurité alimentaire et ses facteurs associés. Une recension élargie à des champs connexes, notamment la saine alimentation et la participation sociale des personnes en situation de handicap, aurait pu faire ressortir d'autres dimensions de l'accès à l'alimentation et d'autres pistes d'intervention.

***Sur le plan méthodologique, l'utilisation de Google NotebookLM pour produire le tableau de codification initial a nécessité une vigilance particulière*** afin de repérer d'éventuelles erreurs, notamment l'attribution de codes à de mauvais articles. Le recours à cet outil était lié au budget modeste du projet. Une vérification systématique des codifications a toutefois été réalisée tout au long du processus d'analyse.

***Enfin, cette recension constitue une étape préparatoire à une démarche menée avec les personnes en situation de handicap et les organismes concernés.*** Les ateliers de réflexion et de discussion permettront d'approfondir l'interprétation des résultats, et de favoriser une appropriation collective des enjeux et des pistes d'action.

# 6. Références

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, *4*(1), 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

Banques alimentaires Canada. (2025). *Overall Findings*. Banques Alimentaires Canada. https://foodbankscanada.ca/hunger-in-canada/hungercount/overall-findings/

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*, *1*(3), 311-320. https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311

Bilyk, M. C., Sontrop, J. M., Chapman, G. E., Barr, S. I., & Mamer, L. (2009). Food experiences and eating patterns of visually impaired and blind people. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research: A Publication of Dietitians of Canada = Revue Canadienne De La Pratique Et De La Recherche En Dietetique: Une Publication Des Dietetistes Du Canada*, *70*(1), 13-18. https://doi.org/10.3148/70.1.2009.13

Blay-Palmer, A., Santini, G., Halliday, J., Malec, R., Carey, J., Keller, L., Ni, J., Taguchi, M., & van Veenhuizen, R. (2021). City Region Food Systems : Building Resilience to COVID-19 and Other Shocks. *Sustainability*, *13*(3), 1325. https://doi.org/10.3390/su13031325

Brown, R. L., Ciciurkaite, G., & Imlay, A. (2020). Gender differences in the association between functional limitation and depressive symptoms : The salience of food insecurity. *Women & Health*, *60*(7), 735-747. https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1696439

Brucker, D. L. (2017). The association of food insecurity with health outcomes for adults with disabilities. *Disability and Health Journal*, *10*(2), 286-293. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.006

Chang, Y., & Hickman, H. (2017). Food Insecurity and Perceived Diet Quality Among Low-Income Older Americans with Functional Limitations. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *50*(5), 476-484. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.09.006

Charnes, S. E. (2021). Household disability status, food store choice, and food insecurity in the United States. *Physiology & Behavior*, *244*, 113663. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113663

Duarte, L. A. P., Méndez, M. R., & Muñoz-Rojas, J. (2025). Territorial embeddedness of sustainable agri-food systems : A systematic review. *Agroecology and Sustainable Food Systems*, *49*(6), 948-988. https://doi.org/10.1080/21683565.2024.2448201

Foucault, M. (1975). Surveiller et punir: Naissance de la prison. *Édition Gallimard*.

Francoeur, J., Guillaumie, L., & Niquette, M. (2025). *Une exploration des approches de justice dans les systèmes alimentaires : Recension des écrits* [Rapport de recherche]. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

Genesse, V., Guillaumie, L., & Dupéré, S. (2026). *Concepts et interventions pour intégrer l'EDI dans les systèmes alimentaires territoriaux : Une revue narrative des écrits* [Rapport de recherche].

Gouvernement du Québec. (2026, mai 12). *Statistiques sur les personnes handicapées*. Québec.ca. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/participation-sociale-personnes-handicapees/statistiques

Guo, B., Huang, J., & Porterfield, S. L. (2019). Transition to adulthood : Dynamics of disability, food security, and SNAP participation. *Journal of Adolescence*, *73*, 63-72. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.002

Gupta, S., Fernandes, D., Aitken, N., & Greenberg, L. (2024). Household food insecurity among persons with disabilities in Canada : Findings from the 2021 Canadian Income Survey. *Health Reports*, *35*(8), 14-25. https://doi.org/10.25318/82-003-x202400800002-eng

Hadfield-Spoor, M., Avendano, M., & Loopstra, R. (2022). Food insecurity among disabled adults. *European Journal of Public Health*, *32*(4), 593-599. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac034

Heflin, C. M., Altman, C. E., & Rodriguez, L. L. (2018). Food insecurity and disability in the United States. *Disability and Health Journal*, *12*(2), 220-226. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.09.006

Hitzig, S. L., Donaghy, S., Wang, S., Tay, C., Cimino, S. R., Szkudlarek, S., Werle, S., Lopez-Pollard, W., & Linkewich, E. (2024). The influence of food packaging on independent eating in individuals with hand impairments. *Disability and Rehabilitation*, *46*(15), 3373-3380. https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2247982

Huang, J., Guo, B., & Kim, Y. (2010). Food insecurity and disability : Do economic resources matter? *Social Science Research*, *39*(1), 111-124. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.07.002

Moore, R., Dada, S., Emmambux, M. N., & Samuels, A. (2021). Food and nutrition security in persons with disabilities. A scoping review. *Global Food Security*, *31*, 100581. https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100581

Nisbett, N., Harris, J., Backholer, K., Baker, P., Jernigan, V. B. B., & Friel, S. (2022). *Holding no-one back: The Nutrition Equity Framework in theory and practice.* Global Food Security, 32, 100605. https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100605

Office des personnes handicapées du Québec. (2025). Vision commune de l'action gouvernementale à l'égard des personnes handicapées 2025-2030. Office des personnes handicapées du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/ophq/Administration/action-gouvernementale-personnes-handicapees_acc.pdf

Park, J. E., Kim, S. Y., Kim, S. H., Jeoung, E. J., & Park, J. H. (2020). Household Food Insecurity : Comparison between Families with and without Members with Disabilities. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(17), 6149. https://doi.org/10.3390/ijerph17176149

Samuel, L. J., Zhu, J., Dwivedi, P., Stuart, E. A., Szanton, S. L., Li, Q., Thorpe, R. J., Reed, N. S., & Swenor, B. K. (2023). Food insecurity gaps in the Supplemental Nutrition Assistance Program based on disability status. Disability and Health Journal, 16(4), 101486. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2023.101486

Schwartz, N., Buliung, R., & Wilson, K. (2019). Disability and food access and insecurity : A scoping review of the literature. Health & Place, 57, 107-121. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.03.011

Schwartz, N., Buliung, R., & Wilson, K. (2023). Experiences of food access among disabled adults in Toronto, Canada. Disability & Society, 38(4), 610-634. https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1949265

Soria, K. M., & Coca, V. (2023). Food Insecurity Among College Students with Disabilities During the COVID-19 Pandemic. Journal of College Student Development, 64(1), 102-107.

Spurway, K., & Soldatic, K. (2015). "Life just keeps throwing lemons" : The lived experience of food insecurity among Aboriginal people with disabilities in the West Kimberley. Local Environment, 21(9), 1118-1131. https://doi.org/10.1080/13549839.2015.1073235

Statistique Canada. (2026). *Indice des prix à la consommation, moyenne annuelle, non désaisonnalisé* (Tableau 18-10-0005-01). https://doi.org/10.25318/1810000501-fra

Stott, G. N., Taetzsch, A., & Morrell, J. S. (2021). College students with disabilities report higher rates of food insecurity. Disability and Health Journal, 16(4), 101485. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2023.101485

Swenor, B. K. (2021). Disability inclusion : A missing ingredient for food system equity. Global Food Security, 31, 100584. https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100584

Polsky, J. Y. (2024). Trends in household food insecurity from the Canadian Community Health Survey, 2017 to 2022. Health Reports, 35(10). Statistics Canada. https://doi.org/10.25318/82-003-x202401000002-eng

Waltz, M., Schippers, A., Gittins, E., & Mol, T. (2018). Disability, access to food and the UN CRPD : Navigating discourses of human rights in the Netherlands. Social Inclusion, 6(1), 51-60. https://doi.org/https://doi.org/10.17645/si.v6i1.1160

Williams, M. R., & Do, D. P. (2022). Income disparities in mental health : Investigating the role of food insecurity by disability status. Public Health Nutrition, 26(4), 866-876. https://doi.org/10.1017/S1368980022002063

# Annexes

## Annexe 1 : Mots-clés utilisés pour identifier les publications incluses

(disab* OR impair* OR "functional limitation*" OR "activity limitation*" OR "functional restriction*" OR "inability" OR "inabilities" OR "chronic condition*" OR "chronic illness*" OR "long-term condition*" OR "long term condition*" OR "physical limitation*" OR "cognitive limitation*" OR "mobility limitation*")

AND

("food secur*" OR "food insecur*" OR "food access*" OR "food accessibil*" OR "food availabil*" OR "food affordab*" OR "food adequacy" OR "food insufficien*" OR "nutrition secur*" OR "nutrition insecur*" OR "food deprivation" OR "food hardship" OR "food poverty" OR "nutrition deprivation" OR "food environment*" OR "food desert*" OR "food swamp*" OR "food apartheid" OR "food provisioning" OR "food distribution" OR "food supply system*" OR "food assistance" OR "food aid" OR "food bank*" OR "emergency food program*" OR "food service*" OR "local food system*" OR "territorial food system*" OR "territorialised food system*" OR "territorialized food system*" OR "community food system*" OR "regional food system*" OR "place-based food system*" OR "place based food system*" OR "localised food system*" OR "localized food system*" OR "short food supply chain*" OR "alternative food system*" OR "alternative food network*" OR "civic food network*" OR "community-based food system*" OR "community based food system*" OR "community-led food system*" OR "food system localisation" OR "food system relocalisation" OR "food system localization" OR "food system relocalization" OR "local food network*" OR "food sovereignt*" OR "food policy council*" OR "proximity food system*" OR "proximity-based food system*" OR "food system* participation" OR "food system* engagement" OR "food system* involvement" OR "food system* governance" OR "participation near food system*" OR "engagement near food system*" OR "involvement near food system*" OR "community participation near food system*" OR "community engagement near food system*" OR "citizen participation near food system*" OR "citizen engagement near food system*" OR "stakeholder participation near food system*" OR "stakeholder engagement near food system*" OR "participatory food system*" OR "participatory food governance" OR "participatory food policy" OR "food policy participation" OR "food policy engagement" OR "community food governance" OR "inclusive food system*" OR "inclusive food governance" OR " collaboration near food system* " OR " partnership* near food system*")

# Annexe 2 : Liste des 21 publications incluses dans les analyses

1. Schwartz, N., Buliung, R., & Wilson, K. (2023). Experiences of food access among disabled adults in Toronto, Canada. *Disability & society*, *38*(4), 610-634.
2. Gupta, S., Fernandes, D., Aitken, N., & Greenberg, L. (2024). Household food insecurity among persons with disabilities in Canada: findings from the 2021 Canadian Income Survey. *Health Reports*, *35*(8), 14-25.
3. Bilyk, M. C., Sontrop, J. M., Chapman, G. E., Barr, S. I., & Mamer, L. (2009). Food experiences and eating patterns of visually impaired and blind people. *Canadian Journal of Dietetic practice and research*, *70*(1), 13-18.
4. Hitzig, S. L., Donaghy, S., Wang, S., Tay, C., Cimino, S. R., Szkudlarek, S., ... & Linkewich, E. (2024). The influence of food packaging on independent eating in individuals with hand impairments. *Disability and Rehabilitation*, *46*(15), 3373-3380.
5. Spurway, K., & Soldatic, K. (2015). "Life just keeps throwing lemons": the lived experience of food insecurity among Aboriginal people with disabilities in the West Kimberley. *Local Environment*, *21*(9), 1118-1131.
6. Guo, B., Huang, J., & Porterfield, S. L. (2019). Transition to adulthood: Dynamics of disability, food security, and SNAP participation. *Journal of adolescence*, *73*, 63-72.
7. Guo, B., Huang, J., & Porterfield, S. L. (2020). Food security and health in transition to adulthood for individuals with disabilities. *Disability and Health Journal*, *13*(4), 100937.
8. Schwartz, N., Buliung, R., & Wilson, K. (2019). Disability and food access and insecurity: A scoping review of the literature. *Health & place*, *57*, 107-121.
9. Moore, R., Dada, S., Emmambux, M. N., & Samuels, A. (2021). Food and nutrition security in persons with disabilities. A scoping review. *Global Food Security*, *31*, 100581.
10. Hadfield-Spoor, M., Avendano, M., & Loopstra, R. (2022). Food insecurity among disabled adults. *European journal of public health*, *32*(4), 593-599.
11. Stott, G. N., Taetzsch, A., & Morrell, J. S. (2023). College students with disabilities report higher rates of food insecurity. *Disability and Health Journal*, *16*(4), 101485.
12. Brucker, D. L. (2017). The association of food insecurity with health outcomes for adults with disabilities. *Disability and health journal*, *10*(2), 286-293.
13. Park, J. E., Kim, S. Y., Kim, S. H., Jeoung, E. J., & Park, J. H. (2020). Household food insecurity: Comparison between families with and without members with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 6149.

14. Samuel, L. J., Zhu, J., Dwivedi, P., Stuart, E. A., Szanton, S. L., Li, Q., ... & Swenor, B. K. (2023). Food insecurity gaps in the Supplemental Nutrition Assistance Program based on disability status. *Disability and health journal*, *16*(4), 101486.

15. Soria, K. M., & Coca, V. (2023). Food insecurity among college students with disabilities during the COVID-19 pandemic. *Journal of College Student Development*, *64*(1), 102-107.

16. Heflin, C. M., Altman, C. E., & Rodriguez, L. L. (2018). Food insecurity and disability in the United States. *Disability and Health Journal*, *12*(2), 220-226.

17. Huang, J., Guo, B., & Kim, Y. (2010). Food insecurity and disability: do economic resources matter? *Social Science Research*, *39*(1), 111-124.

18. Charnes, S. E. (2021). Household disability status, food store choice, and food insecurity in the United States. *Physiology & Behavior*, *244*, 113663.

19. Robyn Lewis Brown, Gabriele Ciciurkaite & Aimee Imlay (2020) Gender differences in the association between functional limitation and depressive symptoms: the salience of food insecurity, Women & Health, 60:7, 735-747, DOI: 10.1080/03630242.2019.1696439

20. Williams, M. R., & Do, D. P. (2022). Income disparities in mental health: Investigating the role of food insecurity by disability status. Public Health Nutrition, 26(4), 866-876. https://doi.org/10.1017/S1368980022002063

21. Chang, Y., & Hickman, H. (2017). Food Insecurity and Perceived Diet Quality Among Low-Income Older Americans with Functional Limitations. Journal of Nutrition Education and Behavior, 50(5), 476-484. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.09.006

# Annexe 3 : Description des 21 articles inclus

| **Premier auteur, année et pays** | **Titre de l'article** | **Type de recherche** | **Sujet principal** | **Population étudiée** | **Territoire étudié** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Schwartz**, 2023, Canada | *Experiences of food access among disabled adults in Toronto, Canada* | Entrevues semi-dirigées | Obstacles à l'accès à l'alimentation provoqués par l'intersection de barrières socio-économiques et physiques. | Adultes en situation de handicap utilisant des aides à la mobilité ou faisant face à des barrières physiques | Toronto, Canada |
| **Moore**, 2021, Afrique du Sud | *Food and nutrition security in persons with disabilities. A scoping review* | Recension des écrits (*scoping review*) | État des lieux de la recherche sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes en situation de handicap | Personnes en situation de handicap (enfants et adultes) | Mondial (76 articles de divers pays) |
| **Hadfield-Spoor**, 2022, Royaume-Uni | *Food insecurity among disabled adults* | Enquête (*Food and You survey*) | Relation entre le type/nombre de handicaps et le risque d'insécurité alimentaire | Adultes de 16 ans et plus en situation de handicap | Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Galles, Irlande du Nord) |
| **Stott**, 2021, États-Unis | *College students with disabilities report higher rates of food Insecurity* | Enquête (*College Health and Nutrition Assessment survey)* | Prévalence de l'insécurité alimentaire chez les étudiants universitaires avec et sans handicap. | Étudiants de premier cycle (18-24 ans) en situation de handicap | Université de New Hampshire, Durham, États-Unis |
| **Brucker**, 2017, États-Unis | *The association of food insecurity with health outcomes for adults with disabilities* | Enquête (*2011 National Health Interview Survey, 2012 Medical) Expenditures Panel survey*) | Lien entre insécurité alimentaire, état de santé, utilisation des services de santé, tout en contrôlant pour le statut de handicap et d'autres caractéristiques socio-démographiques | Adultes de 18 ans et plus avec et sans handicap | États-Unis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Park**, 2020, Corée du Sud | *Household food insecurity: Comparison between families with and without members with disabilities* | Enquête (*2013 Korea National Health and Nutrition Examination survey*) | Comparaison de l'insécurité alimentaire des ménages selon la présence de membres en situation de handicap | Ménages coréens avec et sans handicap | Corée du Sud |
| **Samuel**, 2023, États-Unis | *Food insecurity gaps in the Supplemental Nutrition Assistance Program based on disability status* | Enquête (*2018 The Survey of Income and Program Participation*) | Liens entre le programme d'assistance nutritionnelle SNAP, l'insécurité alimentaire et le statut de handicap (limitant ou non le travail) | Ménages à faible revenu éligibles au *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP) | États-Unis |
| **Soria**, 2023, États-Unis | *Food insecurity among college students with disabilities during the COVID-19 pandemic* | Enquête (*2020 #RealCollege survey*) | Risques d'insécurité alimentaire chez les étudiants universitaires en situation de handicap, en comparaison avec leurs pairs, durant la pandémie de COVID-19 | Étudiants de l'enseignement supérieur | États-Unis |
| **Heflin**, 2018, États-Unis | *Food insecurity and disability in the United States* | Enquête (*1999-2014 National Health and Nutrition Examination Survey*) | Mécanismes reliant l'insécurité alimentaire et les types spécifiques de handicaps | Adultes, de 19 à 59 ans, et de 60 ans et plus | États-Unis |
| **Huang**, 2010, États-Unis | *Food insecurity and disability: Do economic resources matter?* | Enquête (1999 Panel Study of Income Dynamics survey) | Rôle des ressources économiques (revenus et actifs) et des besoins de consommation concurrents (comme les dépenses de santé) dans l'insécurité alimentaire | Ménages dont certains dirigés par des PSH | États-Unis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Charnes**, 2021, États-Unis | *Household disability status, food store choice, and food insecurity in the United States* | Enquête (Food Acquisition and Purchase survey (FoodAPS)) | Choix du magasin d'alimentation comme médiateur potentiel dans la relation entre le handicap au sein d'un ménage et l'insécurité alimentaire | Ménages américains avec et sans handicap | États-Unis |
| **Gupta**, 2024, Canada | *Household food insecurity among persons with disabilities in Canada: Findings from the 2021 Canadian Income Survey* | Enquête (données de l'Enquête canadienne sur le revenu 2021) | Prévalence de l'insécurité alimentaire chez les PSH et examen des corrélats socio démographiques (tels que le type, le nombre et le degrés de handicap) au sein de ce groupe. | Individus de 16 ans et plus | Canada (provinces, à l'exclusion des territoires |
| **Bilyk**, 2009, Canada | *Food experiences and eating patterns of visually impaired and blind people* | Entrevues semi-dirigées | Expériences alimentaires, habitudes alimentaires et obstacles à l'achat et à la préparation des repas de personnes malvoyantes et aveugles | Personnes aveugles ou gravement malvoyantes (25-50 ans) | Région du Lower Mainland en Colombie-Britannique, Canada |
| **Hitzig**, 2024, Canada | *The influence of food packaging on independent eating in individuals with hand impairments* | Entrevues semi-dirigées et observation | Impact de la conception des emballages alimentaires sur l'autonomie, la psychologie et l'alimentation des personnes avec un handicap manuel | Adultes hospitalisés avec handicaps manuelles (AVC, traumatisme, etc.) | Toronto, Canada |
| **Spurway**, 2015, Australie | *"Life just keeps throwing lemons": the lived experience of food insecurity among Aboriginal people with disabilities in the West Kimberley* | Entrevues qualitatives | Impact de l'insécurité alimentaire chronique sur le quotidien des PSH et stratégies de souveraineté alimentaire (pêche traditionnelle, capture de crabes) | Personnes autochtones en situation de handicap et leurs aidants | Région de l'ouest de Kimberley, Australie-Occidentale |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Guo**, 2019, États-Unis | *Transition to adulthood: dynamics of disability, food security, and SNAP participation* | Enquête (2011-2015 National Health Interview survey) | Risque d'insécurité alimentaire chez les PSH lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte et impact du SNAP durant cette transition. | Adolescents (13-17 ans) et adultes (18-25 ans) à faible revenu avec handicap ou non. | États-Unis |
| **Guo, 2020,** États-Unis | *Food security and health in transition to adulthood for individuals with disabilities* | Enquête (2011-2015 National Health Interview survey) | Impact du passage à l'âge adulte sur l'association entre la sécurité alimentaire, l'état de santé auto-évalué et les besoins de soins de santé non satisfaits chez les PSH | Adolescents (13-17 ans) et adultes (18-25 ans) à faible revenu avec handicap ou non | États-Unis |
| **Schwartz**, 2019, Canada | *Disability and food access and insecurity: A scoping review of the literature* | Recension des écrits (*scoping review*) | Analyse des facteurs individuels, sociaux, environnementaux et organisationnels influençant l'accès alimentaire des personnes en situation de handicap | Personnes en situation de handicap (âgées, jeunes adultes, familles avec enfants) | Multiples pays (incluant États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Mexique, Éthiopie) |
| **Brown, 2020,** États-Unis | *Gender differences in the association between functional limitation and depressive symptoms: the salience of food insecurity* | Enquête (2011-2014, National Health and Nutrition Examination survey) | Examen des différences entre les sexes dans les liens entre les limitations fonctionnelles, l'insécurité alimentaire et les symptômes dépressifs | Adultes (18-80 ans) en emploi | États-Unis |
| **Williams, 2022,** États-Unis | *Income disparities in mental health: investigating the role of food insecurity by disability status* | Enquête (2011-2017, National Health Interview survey) | Étude de la mesure dans laquelle l'insécurité alimentaire explique le lien entre le revenu et la détresse psychologique, et analyse de la variation de ce rôle selon le statut de handicap | Adultes (18 ans et plus) non institutionnalisés | États-Unis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Chang, 2017,** États-Unis | *Food insecurity and perceived diet quality among low-income older Americans with functional limitations* | Enquête (2007-2012, National Health and Nutrition Examination survey) | Évaluation du lien entre le handicap, l'insécurité alimentaire et la qualité perçue de l'alimentation chez les personnes aînées à faible revenu, en examinant l'influence du mode de vie (seul ou en couple) | Adultes (65 ans et plus) à faible revenu | États-Unis |