

Commentaire

La prescription alimentaire au Canada : données probantes, critiques et possibilités

Matthew Little, Ph. D. (1); Warren Dodd, Ph. D. (2); Laura Jane Brubacher, Ph. D. (2); Abby Richter, Dt. P., M. Nutr. appl. (3,4)

Commentaire par Little M et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Introduction. Les prescriptions alimentaires suscitent un intérêt croissant, car elles donnent aux établissements de soins de santé les moyens d'offrir aux patients un accès à des aliments grâce à des bons alimentaires ou à des boîtes de nourriture. Dans ce commentaire, nous misons sur notre expérience et notre intérêt en matière de prescription alimentaire pour présenter un résumé des données probantes dont nous disposons sur ce modèle d'intervention et pour évaluer de manière critique ses limites et ses possibilités.

Argumentaire. L'insécurité alimentaire est un déterminant important de la santé. Elle est associée à des carences nutritionnelles, à des taux élevés de maladies chroniques et à une utilisation et des coûts plus élevés des services de santé. Dans la lignée des propos récents sur la prescription sociale et les approches selon lesquelles « l'aliment est un médicament », la prescription alimentaire peut donner la possibilité aux fournisseurs de soins de santé d'aiguiller des patients vers des services de soutien en vue d'améliorer leur accès aux aliments et de réduire les obstacles à une alimentation saine. Il a été prouvé que la prescription alimentaire augmente la consommation de fruits et légumes et réduit l'insécurité alimentaire des ménages, bien que les effets sur les résultats en matière de santé ne soient pas concluants. La recherche sur la prescription alimentaire en contexte canadien est limitée et nous avons besoin de preuves d'efficacité ainsi que de pratiques exemplaires.

Conclusion : À mesure que la prescription alimentaire gagne en popularité au Canada, il est nécessaire d'évaluer l'efficacité, la rentabilité, les limites et le paternalisme possible de ce modèle d'intervention. Il faut en outre évaluer la manière dont la prescription alimentaire s'intègre aux systèmes de protection sociale plus généraux qui visent à s'attaquer aux déterminants sous-jacents de l'insécurité alimentaire.

Mots-clés : *prescription alimentaire, insécurité alimentaire, suffisance nutritionnelle, prévention des maladies chroniques, gestion des maladies chroniques, l'aliment comme médicament, prescription sociale*

Introduction

L'insécurité alimentaire est une crise de santé publique au Canada. Un vaste ensemble de publications associe l'insécurité alimentaire des ménages, qui est définie comme étant l'accès inadéquat ou incertain aux aliments en raison de contraintes

financières¹, aux carences nutritionnelles², à des taux élevés de maladies chroniques et d'infections³, à une mauvaise santé mentale⁴ et à une mortalité prématurée⁵. En outre, l'insécurité alimentaire des ménages est associée à une utilisation et à des coûts plus élevés des services de santé¹. Il s'agit donc d'un important déterminant social

Points saillants

- La prescription alimentaire est l'une des nombreuses approches de « l'aliment comme médicament » qui mettent à contribution les interactions liées aux soins de santé pour lutter contre l'insécurité alimentaire et améliorer la nutrition chez les patients.
- Il a été prouvé que la prescription alimentaire augmente la consommation de fruits et légumes et réduit l'insécurité alimentaire des ménages.
- Il est nécessaire d'évaluer de manière critique l'efficacité et la rentabilité de la prescription alimentaire par rapport à d'autres programmes de soins de santé, de santé publique et d'aide sociale.

de la santé qui doit être traité de toute urgence par des mesures de santé publique et de réduction de la pauvreté.

On cherche de plus en plus à mettre à contribution les établissements de soins de santé primaires pour qu'ils offrent aux patients un meilleur accès à des aliments sains afin de s'attaquer à l'insécurité alimentaire et afin d'améliorer la suffisance nutritionnelle et la santé. Les « prescriptions alimentaires » constituent un domaine

Rattachement des auteurs :

1. School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
2. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
3. Centre de santé communautaire de Guelph, Guelph (Ontario), Canada
4. The SEED, Guelph (Ontario), Canada

Correspondance : Matthew Little, bâtiment HSD 202d, Université de Victoria, 3800, chemin Finnerty, Victoria (C.-B.) V8P 5C2; tél. : 519-803-3198; courriel : matthewlittle@uvic.ca

d'innovation et d'exploration dans lequel les professionnels de la santé repèrent les patients qui sont en situation d'insécurité alimentaire ou à risque de maladies chroniques liées à l'alimentation et leur donnent accès à des aliments sains subventionnés ou gratuits⁶. Elles cadrent avec les récents appels à la prescription sociale, une approche par laquelle les fournisseurs de soins de santé aiguillent directement les patients vers des services non cliniques pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et améliorer la santé et le bien-être⁷. La prescription alimentaire est l'une des nombreuses approches selon lesquelles « l'aliment est un médicament », au même titre que les repas et les produits d'épicerie adaptés sur le plan médical⁸.

Les programmes et la recherche sur la prescription alimentaire ont rapidement gagné en popularité aux États-Unis, sous l'impulsion du Farm Bill de 2018, un projet de loi agricole fédéral assorti d'un financement de 25 millions de dollars américains pour mettre en œuvre et évaluer la prescription de fruits et de légumes dans les soins de santé⁹. Même si, dans le contexte canadien, le nombre de programmes et d'études sur la prescription alimentaire est nettement moindre, des modèles de prescription alimentaire ont été adoptés et évalués dans plusieurs établissements en Alberta¹⁰ et en Ontario¹¹⁻¹³. Ces modèles ont suscité de nombreuses discussions dans les médias, le milieu universitaire et les organisations à but non lucratif, soulignant ainsi l'intérêt croissant pour la prescription alimentaire.

Depuis 2019, notre équipe de recherche collabore avec le Centre de santé communautaire de Guelph pour mettre en œuvre et évaluer plusieurs phases d'un programme de prescription de fruits et légumes appelé Fresh Food Prescription (FFRx)¹¹. Forts de notre expérience directe avec ce modèle d'intervention et de notre intérêt marqué à son égard, nous avons eu comme objectif d'effectuer une évaluation critique de la prescription alimentaire au Canada.

Quelles sont les données probantes dont on dispose concernant la prescription alimentaire?

Les interventions relatives à la prescription alimentaire requièrent des professionnels de la santé (médecins, infirmiers praticiens et professionnels paramédicaux) qu'ils déterminent les patients admissibles

et leur fournissent une prescription alimentaire, qui comprend souvent des bons échangeables contre des fruits et des légumes, l'accès à un nutritionniste ou à un diététicien ou des programmes de compétences alimentaires (éducation en matière de nutrition, brochures, cours de cuisine, etc.)¹⁴. Même si, aux États-Unis, les programmes de prescription alimentaire ont fait l'objet de dizaines d'évaluations récentes, il y a encore peu de consensus sur leurs répercussions et les pratiques exemplaires, et les données probantes en contexte canadien sont limitées. De nombreuses études d'intervention avant-après (dont la nôtre) font état d'une amélioration de la consommation de fruits et légumes et d'une réduction de l'insécurité alimentaire des ménages parmi les bénéficiaires d'une prescription alimentaire^{6,14}. Dans une méta-analyse, des estimations groupées ont révélé une augmentation de 22 % de la consommation de fruits et légumes chez les bénéficiaires¹⁴. Cependant, les éléments de preuve concernant les effets des prescriptions alimentaires sur les résultats pour la santé des patients sont beaucoup moins concluants, certaines études faisant état d'une amélioration de la pression artérielle^{15,16}, de l'IMC¹⁷ et de l'HbA1c (chez les diabétiques)¹⁸ avant et après l'intervention, mais beaucoup d'autres ne révélant aucune amélioration mesurable de la santé¹⁹.

Des études de simulation semblent indiquer que la mise en œuvre de prescriptions d'aliments peut générer des gains de santé substantiels et s'avérer très rentable²⁰, mais aucune étude n'a encore évalué de façon concrète les répercussions sur l'utilisation des soins de santé et les dépenses qui y sont liées. En outre, la base de données probantes sur la prescription alimentaire présente d'importantes limites méthodologiques, entre autres, une petite taille d'échantillon, une durée d'intervention limitée (généralement inférieure à 23 semaines), des données incomplètes sur les résultats, des outils de mesure non validés et des études non randomisées sans groupe témoin ou groupe de comparaison⁶.

Quel est le portrait de la prescription alimentaire au Canada?

En dépit des données probantes limitées, l'intérêt pour la prescription d'aliments croît rapidement au Canada. Les raisons de cette attention soudaine sont multiples. L'expansion des propos sur la prescription

alimentaire coïncide avec l'émergence de la prescription sociale de manière plus générale. Parmi ces initiatives, citons le projet pilote Rx : Communauté – Prescription sociale de l'Alliance pour des communautés en santé (qui a aidé 11 centres de santé de l'Ontario à lancer des initiatives de prescription sociale) et le nouvel Institut canadien de prescription sociale (ICPS), rattaché à la Croix-Rouge canadienne, qui fait office de carrefour national d'échange de connaissances.

Il est probable que les fournisseurs de soins de santé, les organismes communautaires et les chercheurs canadiens se soient inspirés de ceux des États-Unis, où une explosion de la prescription d'aliments a suivi l'investissement du gouvernement fédéral depuis 2018⁹. On peut également constater l'attrait de la prescription alimentaire en tant que concept, qui propose une solution relativement simple (fondée sur la familiarité et la persuasion des « ordonnances médicales ») à de multiples crises, notamment l'insécurité alimentaire, la suffisance nutritionnelle, les maladies chroniques liées à la nutrition, voire la santé planétaire²¹. Plusieurs organismes à but non lucratif, dont le Centre d'action de Maple Leaf pour la sécurité alimentaire et les Centres communautaires d'alimentation du Canada, ont également apporté leur soutien à la prescription alimentaire. Malgré cet élan, les mesures relatives à la prescription alimentaire au Canada demeurent embryonnaires, avec seulement une poignée de programmes (souvent des programmes pilotes temporaires) établis et très peu d'articles de recherche publiés^{11,13} évaluant l'impact des programmes.

Un examen critique de la prescription alimentaire au Canada

Il est probable que la prescription alimentaire va continuer à gagner du terrain en contexte canadien à mesure que les initiatives de financement et les partenariats entre le milieu des soins de santé et les collectivités émergeront du discours public animé actuel. Au fur et à mesure que l'intérêt grandit, il est important d'examiner d'un œil critique cette stratégie d'intervention et de faire des mises en garde contre une adoption généralisée trop rapide tant que des preuves d'efficacité et des meilleures pratiques ne sont pas établies.

Tout d'abord, il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur la prescription alimentaire en contexte canadien qui intègrent des échantillons de grande taille, des groupes témoins et des évaluations validées de l'apport alimentaire, de la sécurité alimentaire et de la santé^{6,14}. Les évaluations devraient également permettre de déterminer quels modèles de programmes (bons d'épicerie, bons d'alimentation de marché ou boîtes de nourriture, livraison ou ramassage local, modèles de quote-part ou modèles sans quote-part) et quels volets de l'intervention (aliments subventionnés, éducation en matière de nutrition ou conseils diététiques) ont le plus d'impact sur les résultats pour les patients²². Les chercheurs devraient également envisager d'intégrer des sous-groupes d'âge et de comorbidité.

Entretemps, des évaluations de processus devraient déterminer comment les modèles d'intervention peuvent être intégrés avec succès à la pratique actuelle des soins primaires dans divers milieux (notamment les centres de santé communautaire, les équipes de santé familiale, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée et les cliniques de santé pour étudiants). Compte tenu du fardeau administratif que représente la prescription alimentaire, il n'est pas certain que ce modèle d'intervention soit plus rentable que d'autres pour ce qui est des effets de la nutrition sur la santé. Des recherches en économie de la santé sont donc nécessaires pour déterminer les gains d'efficacité relatifs de divers modèles de programmes de sécurité alimentaire et d'hygiène alimentaire publique, dont relève la prescription alimentaire, afin de réduire l'utilisation des soins de santé et les dépenses qui y sont liées.

L'accès à des services de santé, l'insécurité alimentaire des ménages et les maladies chroniques liées à la nutrition sont généralement des critères d'admission aux programmes de prescription alimentaire^{6,14}. Il n'est pas étonnant que, lorsqu'elles reçoivent des produits alimentaires gratuits ou subventionnés, les personnes en situation d'insécurité alimentaire au départ consomment davantage de fruits et de légumes et voient leur sécurité alimentaire s'améliorer pendant la durée d'un programme de prescription alimentaire¹⁴. Pourtant, rien n'indique que les avantages s'étendent au-delà de la période d'intervention, car les prescriptions alimentaires ne s'attaquent guère aux causes sous-jacentes

de l'insécurité alimentaire et des carences nutritionnelles. Comme le mentionnent Tarasuk et McIntyre, « Contrairement aux interventions en matière de politique qui réduisent [...] l'insécurité alimentaire dans la population en améliorant la capacité des ménages vulnérables à se procurer de la nourriture [...] les programmes de prescription alimentaire contournent les contraintes financières des ménages en ce qui concerne l'achat d'aliments » [traduction]^{22, p.2315}.

En outre, de tels programmes sont susceptibles d'exclure les personnes qui n'ont pas accès à des soins de santé primaires, celles qui sont en situation d'insécurité alimentaire mais qui ne sont pas (encore) affectées par une maladie chronique et celles qui sont affectées par des maladies pouvant être associées à l'insécurité alimentaire mais que ces maladies ne sont pas reconnues comme telles par un critère d'inclusion (comme les problèmes de santé mentale). Les prescriptions alimentaires qui fournissent des aliments non préparés peuvent également marginaliser les participants potentiels qui ont un accès limité à de l'équipement et à un espace de préparation des aliments. Ces limitations risquent d'exacerber les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les populations en situation d'insécurité alimentaire. À l'échelle de la population, la prescription alimentaire ne constitue donc pas une solution pour lutter contre l'insécurité alimentaire et ne devrait pas remplacer les initiatives stratégiques et de promotion des intérêts visant à lutter contre la pauvreté et d'autres déterminants structurels de l'insécurité alimentaire.

Il y a aussi la question du paternalisme. Les prescriptions alimentaires prévoient généralement la distribution de boîtes de nourriture ou de bons à dépenser sur des aliments sains admissibles, qui servent de transfert de fonds conditionnel, mais sans la liberté de choix de dépenser ces fonds sur ce que le bénéficiaire juge nécessaire (comme le logement ou d'autres produits de première nécessité non alimentaires). Si le système de soins de santé peut fournir de la nourriture, offrirait-il davantage de dignité en prescrivant de l'argent? Le débat « argent ou nourriture » s'est manifesté dans d'autres disciplines²³, mais avec l'avènement de la prescription sociale, nous devons évaluer si les interactions avec les services de santé sont des occasions de fournir un soutien du revenu ciblé pour s'attaquer aux déterminants

sociaux de la santé. Les données préliminaires tirées du projet FFRx semblent indiquer que la plupart des bénéficiaires d'une prescription alimentaire préfèrent les ordonnances alimentaires à l'argent comptant, principalement en raison de la qualité des aliments et du service de livraison, qui permet aux participants de gagner du temps et d'économiser des frais de transport. La prescription alimentaire peut présenter des avantages supplémentaires par rapport aux mesures de soutien du revenu, notamment une amélioration des connaissances alimentaires et le partage d'aliments entre les ménages. Il demeure que la question « argent ou nourriture » devrait être étudiée plus en détail.

Une question urgente qui a reçu peu d'attention est celle de savoir comment la prescription alimentaire s'intègre aux divers mécanismes de soutien social et du revenu qui composent les systèmes actuels de protection sociale. L'incapacité des programmes de soutien du revenu à éliminer la pauvreté au Canada a donné lieu à un ensemble disparate de programmes conçus pour atténuer l'éventail de problèmes (de la vulnérabilité en matière de logement à l'insécurité alimentaire) auxquels sont confrontés les ménages à faible revenu²⁴. Les banques alimentaires, qui sont des organismes indépendants sans but lucratif qui dépendent des dons privés et des subventions, représentent le modèle d'aide alimentaire le plus répandu au Canada²⁵. La prescription alimentaire peut remédier à certaines des limites des banques alimentaires en tirant parti des interactions avec les services de santé pour offrir une aide alimentaire ciblée. D'après les résultats préliminaires de notre étude FFRx, les utilisateurs préfèrent la prescription alimentaire aux banques alimentaires en raison de la commodité, de la qualité générale des aliments et de l'expérience de la prescription alimentaire en tant que forme de soutien moins stigmatisante²⁶.

En outre, les utilisateurs du programme FFRx ayant accès à l'aide au revenu (comme Ontario au travail ou le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) ont déclaré que FFRx leur permettait de dépenser pour d'autres besoins de base l'argent qui était auparavant consacré à la nourriture²⁶. Cependant, il reste à vérifier si la prescription alimentaire est plus efficace que les banques alimentaires pour lutter contre l'insécurité alimentaire à long terme et aborder la question de la

nutrition chez les bénéficiaires et si les utilisateurs préfèrent en général la prescription alimentaire aux banques alimentaires (c.-à-d. au-delà de notre modèle FFRx qui incluait la commodité de la livraison gratuite et de la commande en ligne). De plus, sans une source de financement durable (gouvernementale), la prescription alimentaire risque de devenir un autre modèle financé par des subventions et mis en œuvre par de petits réseaux de fournisseurs de manière ponctuelle et limitée dans le temps²⁴. Conformément aux approches des soins intégrés misant sur les atouts, il est nécessaire de cerner les leviers pour établir des partenariats plus solides entre les praticiens et la collectivité et promouvoir une allocation durable des ressources afin de garantir le succès des programmes de prescription alimentaire.

Une autre constatation qui émerge de nos recherches est l'importance cruciale de la conception du programme de prescription alimentaire, ce qui inclut les dimensions de la gestion de l'aiguillage, de l'accessibilité et de la déstigmatisation. Les approches de prestation de soins en équipe et la consignation des cas d'insécurité alimentaire dans les dossiers médicaux électroniques peuvent simplifier le processus d'identification des patients et celui de leur orientation vers des programmes de prescription alimentaire. Une fois qu'une prescription alimentaire est fournie, la façon dont les gens l'utilisent varie considérablement selon le modèle de programme. Nous avons relevé des taux très élevés d'échange des bons dans la phase la plus récente du programme FFRx (les participants ayant échangé plus de 88 % des bons, contre 34,5 % à 59 % dans la plupart des autres études), probablement en raison de la commodité du programme (qui offrait la commande en ligne et la livraison gratuite), des communications régulières avec le personnel et les chercheurs du Centre de santé communautaire de Guelph et des efforts systématiques pour communiquer avec les participants désengagés et éliminer les obstacles à l'accessibilité^{6,27}. De telles constatations donnent à penser que la prescription alimentaire exige des efforts concertés pour améliorer l'accessibilité, fournir des mécanismes de soutien solides et assurer une collaboration régulière entre le personnel, les fournisseurs de soins de santé et les participants afin de maximiser l'utilisation du programme. Ces efforts imposent forcément une lourde charge administrative et

soulignent la nécessité de garantir que les fournisseurs de soins primaires et les partenaires communautaires sont outillés et dotés de ressources suffisantes avant de mettre en œuvre des interventions durables et efficaces à grande échelle en matière de prescription alimentaire au Canada.

Conclusion

La prescription alimentaire est un modèle d'intervention novateur qui semble prometteur pour donner aux fournisseurs de soins de santé les moyens de traiter simultanément l'insécurité alimentaire, la suffisance nutritionnelle et la gestion des maladies chroniques. À mesure que la prescription alimentaire prend de l'essor au Canada, il sera crucial de continuer à rassembler les données probantes et d'en faire la synthèse. Même si de tels programmes peuvent avoir leur place dans le paysage canadien des soins de santé et de l'aide sociale, il est nécessaire d'évaluer de manière critique leur efficacité et leur rentabilité par rapport à d'autres programmes de soins de santé, de santé publique et d'aide sociale.

Remerciements

Le projet de recherche FFRx a reçu le soutien financier de la Fondation Sprott, de la Fondation McConnell, de la Kindred Credit Union, du Community Fund de la ville de Guelph, de MAZON Canada ainsi qu'une subvention du programme Accélération de Mitacs (n° IT26188) et une subvention de planification et de dissémination des Instituts de recherche en santé du Canada (n° 478709). Matthew Little bénéficie d'une bourse de chercheur attribuée par la fondation Michael Smith Health Research BC.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

ML : conception, obtention du financement, rédaction de la première version du manuscrit.

WD : conception, relectures et révisions.

LJB : conception, relectures et révisions.

AR : conception, administration du projet, relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Tarasuk V, Cheng J, de Oliveira C, Dachner N, Gundersen C, Kurdyak P. Association between household food insecurity and annual health care costs. *CMAJ*. 2015;187(14):E429-E436. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150234>
2. Hutchinson J, Tarasuk V. The relationship between diet quality and the severity of household food insecurity in Canada. *Public Health Nutr*. 2022; 25(4):1013-1026. <https://doi.org/10.1017/S1368980021004031>
3. Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. *J. Nutr*. 2003;133(1): 120-126. <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.120>
4. Gregory CA, Coleman-Jensen A. Food insecurity, chronic disease, and health among working-age adults. Washington (DC): US Department of Agriculture; 2017. 2 p.
5. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2020;192(3): E53-E60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190385>
6. Little M, Rosa E, Heasley C, Asif A, Dodd W, Richter A. Promoting healthy food access and nutrition in primary care: a systematic scoping review of food prescription programs. *Am J Health Promot*. 2022;36(3):518-536. <https://doi.org/10.1177/08901171211056584>
7. Nowak DA, Mulligan K. Social prescribing: a call to action. *Can Fam Physician*. 2021;67(2):88-91. <https://doi.org/10.46747/cfp.670288>
8. Mozaffarian D, Mande J, Micha R. Food is medicine—the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care. *JAMA Intern Med*. 2019;179(6):793-795. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0184>

9. United States Department of Agriculture (USDA). Gus Schumacher Nutrition Incentive Program (GusNIP). Washington (DC): USDA; 2023 [consultation le 14 avril 2023]. En ligne à : <https://www.nifa.usda.gov/grants/programs/hunger-food-security-programs/gus-schumacher-nutrition-incentive-program>
10. Olstad D, Beall R, Spackman E, et al. Healthy food prescription incentive programme for adults with type 2 diabetes who are experiencing food insecurity: protocol for a randomised controlled trial, modelling and implementation studies. *BMJ Open*. 2022; 12(2):e050006. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050006>
11. Heasley C, Clayton B, Muileboom J, et al. "I was eating more fruits and veggies than I have in years": a mixed methods evaluation of a fresh food prescription intervention. *Arch Public Health*. 2021;79:135. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00657-6>
12. Foodshare Toronto. Food Rx progress report. Toronto (ON): Foodshare Toronto; 2021. En ligne à : <https://foodshare.net/custom/uploads/2021/08/Food-RX-Progress-Report.pdf>
13. Johnson JK, Vingilis E, Terry AL. Patients' experiences with a community fruit and vegetable box program prescribed by their health provider. *BMC Public Health*. 2023;23(1):869. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15685-w>
14. Bhat S, Coyle DH, Trieu K, et al. Healthy food prescription programs and their impact on dietary behavior and cardiometabolic risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr*. 2021;12(5):1944-1956. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab039>
15. Wetherill MS, Chancellor McIntosh H, Beachy C, Shadid O. Design and implementation of a clinic-based food pharmacy for food insecure, uninsured patients to support chronic disease self-management. *J Nutr Educ Behav*. 2018;50(9):947-949. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.05.014>
16. York B, Kujan M, Conneely C, Glantz N, Kerr D. Farming for Life: pilot assessment of the impact of medical prescriptions for vegetables on health and food security among Latino adults with type 2 diabetes. *Nutr Health*. 2020;26(1):9-12. <https://doi.org/10.1177/0260106019898995>
17. Cavanagh M, Jurkowski J, Bozlak C, Hastings J, Klein A. Veggie Rx: an outcome evaluation of a healthy food incentive programme. *Public Health Nutr*. 2017;20(14):2636-2641. <https://doi.org/10.1017/S1368980016002081>
18. Bryce R, Guajardo C, Illaraza D, et al. Participation in a farmers' market fruit and vegetable prescription program at a federally qualified health center improves hemoglobin A1C in low income uncontrolled diabetics. *Prev Med*. 2017;7:176-179. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.06.006>
19. Hager K, Shi P, Li Z, et al. Evaluation of a produce prescription program for patients with diabetes: a longitudinal analysis of glycemic control. *Diabetes Care*. 2023;46(6):1169-1176. <https://doi.org/10.2337/dc22-1645>
20. Wang L, Lauren BN, Hager K, et al. Health and economic impacts of implementing produce prescription programs for diabetes in the United States: a microsimulation study. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(15):e029215. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.029215>
21. Adams EL, Figueroa R, White KE, et al. Prioritize "food is medicine" initiatives in the 2023 Farm Bill for Human and Planetary Health. *Milwaukee (WI): Society of Behavioral Medicine*; 2023. 3 p.
22. Tarasuk V, McIntyre L. Reconsidering food prescription programs in relation to household food insecurity. *J Nutr*. 2022;152(11):2315-2316. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac175>
23. Gentilini U. The revival of the "cash versus food" debate: new evidence for an old quandary? [Policy research working paper no. 7584]. Washington (DC): World Bank; 2016. En ligne à : <https://doi.org/10.1596/1813-9450-7584>
24. Tarasuk V, Davis B. Responses to food insecurity in the changing Canadian welfare state. *J Nutr Educ*. 1996; 28(2):71-75. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(96\)70029-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(96)70029-8)
25. Tarasuk V, Dachner N, Loopstra R. Food banks, welfare, and food insecurity in Canada. *Br Food J*. 2014; 116(9):1405-17. <https://doi.org/10.1108/BFJ-02-2014-0077>
26. Brubacher LJ, Little M, Richter A, et al. Le rôle de la prescription d'aliments frais dans le contexte des services sociaux : une étude qualitative en Ontario (Canada). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(6): 298-308. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.03f>
27. Little M, Dodd W, Grewal A, Stringer E, Richter A. A 52-week fresh food prescribing program reduces food insecurity and improves fruit and vegetable consumption in Ontario, Canada. *Research Square [Publication préliminaire]*. 2023 [citation le 24 avril 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3084278/v1>