

Enquête de santé auprès des Cris 2003

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes *Cycle 2.1*

Iiyiyiu Aschii



Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel

Jun 2008



Conseil Crî de la santé et des services sociaux de la Baie James
σDδτ° 6τ ΔΓΔ ·ΔΔ° ΔααβΓCτσDτ
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Institut national
de santé publique

Québec



Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1
Iiyiyiu Aschii, 2003

Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel

AUTEURS

Bertrand Nolin

Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

Carole Blanchet

Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

Elena Kuzmina

Services spécialisés, Direction de la santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

ÉDITION ET COORDINATION

Gilles Légaré, Marie-Anne Kimpton et Mélanie Anctil
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

ANALYSES STATISTIQUES

Denis Hamel
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Jill Torrie, Yv Bonnier-Viger, Marcellin Gangbè, Elena Kuzmina et Pierre Lejeune
Direction de santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

LECTEUR

Angélo Tremblay
Division kinésiologie, Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

MISE EN PAGE

Line Mailloux
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

PUBLICATION

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James &
Institut national de santé publique du Québec

***Ce document est disponible en version intégrale
sur le site Web du CCSSBJ au www.creepublichealth.org
et sur le site Web de l'INSPQ au www.inspq.qc.ca***

***Reproduction autorisée à des fins non commerciales
à la condition d'en mentionner la source.***

Photo : Elmer Georgekish
Conception graphique : Katya Petrov

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)
Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-52902-6 (PDF)
© Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (2008)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1. HABITUDES ALIMENTAIRES	3
Aspects méthodologiques.....	4
Résultats	4
<i>La consommation de fruits et légumes</i>	4
<i>Les choix alimentaires</i>	5
<i>L'insécurité alimentaire</i>	6
Discussion	7
2. ACTIVITÉ PHYSIQUE	9
Aspects méthodologiques.....	9
Résultats	10
<i>L'activité physique de loisir</i>	10
<i>L'association avec divers facteurs</i>	11
<i>L'activité physique de transport</i>	11
<i>L'activité physique de travail (ou de l'occupation principale)</i>	12
Discussion	13
3. POIDS CORPOREL	13
Aspects méthodologiques.....	14
Résultats	14
<i>Situation actuelle</i>	14
<i>Perception du poids</i>	15
<i>Évolution de 1991 à 2003</i>	15
<i>L'association avec divers facteurs</i>	16
Discussion	16
<i>Implication pour la planification des services</i>	17
POINTS IMPORTANTS	18
Habitudes alimentaires	18
Activité physique	18
Poids corporel	18
RÉFÉRENCES	19
ANNEXE	22

AVANT-PROPOS

Ce fascicule présente les résultats d'une enquête de santé menée en 2003 auprès des ménages de la région d'Iiyiyiu Aschii¹. Une enquête similaire avait été réalisée par Santé Québec dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Après plus de dix ans, il devenait indispensable pour la Direction de santé publique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) de disposer d'un nouveau portrait de l'état de santé de sa population. L'enquête de 2003 avait donc pour objectif de fournir des renseignements à jour sur les principaux problèmes de santé et leurs déterminants afin de mieux planifier, administrer et évaluer les divers programmes sociaux et sanitaires de la région.

Depuis 2001, la *Loi sur la santé publique* attribue aux directions de santé publique du Québec le mandat de mener des enquêtes périodiques pour évaluer l'état de santé de leur population. Pour remplir ce mandat, les régions sociosanitaires de la province – à l'exception d'Iiyiyiu Aschii et du Nunavik – participent depuis 2000-2001 à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée par Statistique Canada.

En 2003, la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii a décidé de se greffer à cette vaste démarche déjà en cours dans l'ensemble du Canada, et de conduire une enquête de type ESCC sur son territoire (Statistique Canada, 2003). Étant donné qu'elle fait partie du réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la Direction de santé publique du CCSSSBJ a pu bénéficier de l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la coordination de l'analyse des résultats. La rédaction des fascicules a été confiée à différents professionnels du réseau québécois de la santé et de la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii, ainsi qu'à des intervenants du milieu universitaire. Les analyses dévoilées présentent à la fois les résultats de divers aspects de la santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii, mais offrent aussi des comparaisons avec les données de 1991 pour la région, et les données de 2003 pour le reste du Québec (Santé Québec, 1994; Statistique Canada, 2003). Les analyses s'adressent à tous les intervenants (professionnels, administrateurs, planificateurs et chercheurs) intéressés par l'état de santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii.

Dix fascicules ont ainsi été produits dans le cadre de cette enquête :

- Caractéristiques démographiques et sociales de la population habitant Iiyiyiu Aschii
- Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel
- L'usage de la cigarette
- Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent
- Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé
- État de santé, espérance de vie et limitation des activités
- Blessures et sécurité dans les transports
- Santé mentale
- Utilisation et appréciation des services de santé
- Méthodes de l'enquête.

Enfin, un dernier fascicule, les *Faits saillants de l'enquête*, présente brièvement l'ensemble des résultats de cette enquête sanitaire.

La réalisation de cette enquête a été rendue possible grâce à la participation de nombreux collaborateurs tout au long de son déroulement. Mentionnons notamment la contribution de Mme Jill Elaine Torrie, directrice des services spécialisés, et de M. Yv Bonnier-Viger, directeur de la santé publique du Conseil cri, lors des étapes de planification et de réalisation sur le terrain. Nous désirons aussi remercier la population crie dont on doit souligner la participation exceptionnelle.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYIYIU ASCHII, 2003

Cette enquête a été effectuée au cours de l'été 2003 auprès d'un échantillon représentatif des résidents de 12 ans et plus des neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii : Chisasibi, Eastmain, Mistissini, Nemiscau, Oujé-Bougoumou, Waskaganish, Waswanipi, Wemindji, Whapmagoostui.

L'échantillon prévu de 1 000 personnes a été choisi au hasard parmi les résidents des ménages privés de la région. L'échantillon final inclut à la fois des résidents autochtones et non autochtones. La majorité des entrevues (85 %) ont été réalisées en face-à-face à l'aide d'un questionnaire assisté par ordinateur. Les personnes absentes lors de la première vague de collecte de données au cours de l'été 2003 ont été interviewées par téléphone à la fin de l'automne 2003.

¹ L'appellation crie *Iiyiyiu Aschii* est utilisée tout au long du texte et désigne la région sociosanitaire des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

La participation à cette enquête est élevée : des 646 ménages sélectionnés, 581 ont accepté de participer à l'enquête (90 %). Parmi ces ménages, 920 personnes éligibles sur les 1 074 (86 %) ont accepté de répondre aux questionnaires. Le taux de réponse combiné s'élève ainsi à 78 %. Les résultats de l'enquête ont été ajustés en fonction de la population de 12 ans et plus de la région d'Iiyiyiu Aschii faisant partie d'un ménage privé; ce qui exclut les personnes vivant en institution, telles les résidences pour personnes âgées. Notons que cette recherche exclut aussi les enfants de moins de 12 ans. Toutes les données présentées dans ce document ont été pondérées afin de pouvoir les inférer à l'ensemble de la population.

Comme les données proviennent d'un échantillon, elles comportent une erreur d'échantillonnage dont on doit tenir compte. Un coefficient de variation (CV) a pour cette raison été utilisé afin de quantifier la précision des estimés et les barèmes de Statistique Canada ont été utilisés pour en qualifier la précision. La présence d'un astérisque «*» accompagnant une estimation signifie que cette dernière a une estimation marginale (CV entre 16,6 % et 33,3 %). Les estimés dont la précision était jugée inacceptable (CV > 33,3 %), ou ceux dont le nombre de répondants était inférieur à 10, ont été supprimés et remplacés par les lettres « NP ».

Les analyses statistiques concernant les comparaisons entre les sexes, groupes d'âge ou sous-régions ont été effectuées au seuil α de 0,05. Les comparaisons avec l'ensemble du Québec ont, pour leur part, été ajustées afin de prendre en compte les différences entre la structure d'âge de la population d'Iiyiyiu Aschii et celle du reste du Québec; ces comparaisons ont été effectuées au seuil α de 0,01 (Statistique Canada, 2003).

Lorsque les questions posées étaient semblables, les résultats de l'enquête ont pu être comparés avec ceux de l'enquête menée dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Compte tenu des différences entre les méthodes d'échantillonnage des deux enquêtes, ces comparaisons ne concernent cependant que les Cris âgés de 15 ans et plus et incluent un ajustement des proportions qui tient compte de cette modification dans la structure d'âge de la population. Seules les données brutes sont toutefois présentées dans le texte afin d'éviter toute confusion possible avec les proportions ajustées.

Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, veuillez consulter le fascicule intitulé *Méthodes de l'enquête*.

INTRODUCTION

Le présent fascicule porte sur trois déterminants majeurs de la santé soit : les habitudes alimentaires, l'activité physique et le poids corporel. Pour chacun d'eux, la situation prévalente en 2003 y est décrite et les résultats obtenus, sauf indication contraire, s'appliquent à l'ensemble des résidents de 12 ans et plus de la région d'Iiyiyiu Aschii. Afin de mesurer l'évolution de la situation, certains résultats ont pu être comparés avec d'autres obtenus lors de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991 (Santé Québec, 1994). De plus, l'association entre les trois déterminants et leur lien potentiel avec d'autres facteurs sont présentés, ce qui a permis d'identifier certains groupes cibles dans la population. Finalement, les résultats et leurs impacts sont discutés et quelques recommandations ou pistes de réflexion pour l'intervention sont présentées.

1. HABITUDES ALIMENTAIRES

Il est aujourd'hui reconnu que la saine alimentation contribue au maintien et à l'amélioration de la santé et qu'elle diminue le risque de nombreuses maladies. Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement préconise la consommation d'une grande variété d'aliments tout en mettant l'accent sur les aliments moins gras, les produits céréaliers, les fruits et les légumes. Selon Ingrid Keller de l'Organisation mondiale de la santé, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes dans le monde constitue un enjeu de santé majeur à l'échelle mondiale (Keller, 2005). Au Canada, la consommation de fruits et de légumes a augmenté de 65 % et de 37 % respectivement entre 1966 et 2003 (Statistique Canada, 2005a). Les fruits et légumes sont des sources importantes de nutriments tels que la vitamine A, le beta-carotène, la vitamine C, l'acide folique, le magnésium, et les fibres alimentaires. Ces nutriments sont essentiels pour se maintenir en bonne santé. La consommation de fruits et légumes permettrait aussi de réduire les risques de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité et le cancer. Le Guide alimentaire canadien recommande de consommer quotidiennement cinq à dix portions de fruits et légumes.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les choix alimentaires et la consommation d'aliments. Parmi ces facteurs, on note les préférences alimentaires et les connaissances en nutrition, les attitudes et les croyances alimentaires (Devine, 2005; Raine, 2005; Willows, 2005). Les choix alimentaires peuvent aussi dépendre de facteurs personnels tels que l'âge, le sexe, l'état de santé, le niveau de scolarité, le niveau d'activité physique, ou

de facteurs familiaux, sociaux et économiques (Payette & Shatenstein, 2005). De plus, à mesure que les gens vieillissent, certains facteurs reliés par exemple à leur état de santé, à leur environnement familial, à leur lieu de résidence ou à leur réseau social entraînent souvent une modification des choix alimentaires (Drewnowski & Shultz, 2001; Raine, 2005).

La disponibilité, le coût et l'accès aux aliments sont également des déterminants non négligeables de la saine alimentation (Raine, 2005). Or, l'accès à une alimentation suffisante et l'insécurité alimentaire sont des problèmes qui ne cessent de prendre de l'ampleur au Canada. En effet, l'insécurité alimentaire est aujourd'hui reconnue comme un problème de santé publique de même qu'un problème social grave au Canada (Santé Canada, 2002). L'insécurité alimentaire a des conséquences sur la santé et le bien-être des personnes qui la vivent et sur la société dans son ensemble. On observe divers degrés d'insécurité alimentaire, allant de l'anxiété à la faim. Les études effectuées jusqu'à maintenant auprès de Canadiens et Canadiennes souffrant d'insécurité alimentaire ont révélé que le principal obstacle à la saine alimentation était un revenu insuffisant (Power, 2005). Les données canadiennes ont indiqué que la probabilité de vivre l'insécurité alimentaire ou une insuffisance d'aliments est proportionnelle à la diminution du revenu. Le manque d'argent empêche l'achat d'aliments nutritifs, et en quantité suffisante. De plus, la disponibilité d'aliments sains est souvent limitée dans les communautés autochtones plus isolées.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1) (Statistique Canada, 2003) réalisée auprès des résidents de 12 ans et plus d'Iiyiyiu Aschii a permis d'actualiser leur consommation de fruits et légumes, de documenter les facteurs pouvant influencer leurs choix alimentaires et de mesurer l'ampleur de l'insécurité alimentaire dans la région. Ainsi, les participants à l'enquête ont eu à répondre à des questions portant sur leur fréquence de consommation de fruits et légumes. Plus spécifiquement, des questions ont été posées sur la fréquence habituelle de consommation de fruits, jus de fruits, laitue, pommes de terre, carottes ou autres légumes. L'enquête comportait aussi trois groupes de questions visant à connaître les facteurs pouvant influencer les choix alimentaires des résidents d'Iiyiyiu Aschii. Le premier groupe de questions portait sur les préoccupations des répondants par rapport à leur poids corporel, aux maladies cardiaques, au cancer et à l'ostéoporose. Le deuxième groupe permettait de vérifier les raisons pouvant influencer le choix de certains aliments, tel que la faible teneur en gras, la teneur en

fibres ou en calcium. Le troisième groupe de questions visait à documenter les raisons pouvant amener les répondants à éviter certains aliments selon la teneur et le type de gras, la teneur en sel, en cholestérol ou en calories. Enfin, trois autres questions ont été posées dans le but d'évaluer certaines manifestations de l'insécurité alimentaire, soit l'inquiétude de manquer de nourriture, la monotonie du régime alimentaire et la restriction alimentaire. Un indice regroupant les réponses affirmatives (souvent et parfois) à l'une ou l'autre des trois questions a été créé. Cet indice donne une indication de la prévalence (%) de l'insécurité alimentaire chez les résidents d'Iiyiyiu Aschii.

RÉSULTATS

La consommation de fruits et légumes

Les résultats de l'enquête révèlent que les résidents âgés de 12 ans et plus consomment en moyenne 3,6 fois par jour des fruits et légumes (tableau 1), comparativement à 5,3 fois pour les Québécois du reste du Québec. La fréquence de consommation de fruits et légumes ne varie pas selon le sexe mais diminue avec l'âge et se chiffre à seulement 3,0 fois par jour chez les personnes âgées de 50 ans et plus alors que chez les autres Québécois du même âge, la fréquence de consommation se chiffre à 5,5 fois par jour. La fréquence de consommation des fruits et légumes est plus élevée chez les individus plus scolarisés² (4,1 fois par jour) comparativement à ceux qui le sont moins (3,5 fois en moyenne) (tableau 1).

² Le niveau de scolarité a été défini fonction du nombre d'années d'études. La catégorie « peu scolarisé » équivaut à moins de 7 années d'études (moins que le Secondaire 1). La catégorie « moyennement scolarisé » correspond à entre 7 et 11 années d'études (études secondaires complétées ou partiellement complétées). La catégorie « plus scolarisé » équivaut à 12 années d'études ou plus (soit quelques années d'études collégiales ou postsecondaires complétées).

Tableau 1

Fréquence de consommation quotidienne de fruits et légumes selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité, population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

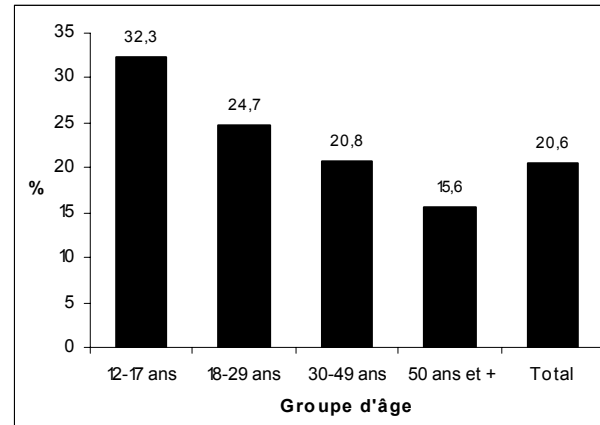
Sexe, âge et scolarité	Nombre de fois / jour (moyenne)
Total	3,6
Sexe	
Hommes	3,5
Femmes	3,8
Groupe d'âge	
12-17 ans	3,9
18-29 ans	4,0
30-49 ans	3,7
50 ans et plus	3,0
Scolarité	
Peu scolarisé	3,5
Moyennement scolarisé	3,5
Plus scolarisé	4,1

Source: ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Les résultats montrent par ailleurs que la proportion des résidents âgés de 12 ans et plus qui consomment des fruits et légumes au moins cinq fois par jour est peu élevée et se chiffre à 21 % (figure 1), comparativement à 51 % chez les Québécois. En outre, seulement 16 % des personnes âgées de 50 ans et plus consomment au moins cinq fois par jour des fruits et légumes, alors que 32 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans le font; ce sont les jus de fruits qui contribuent le plus à cette consommation. En effet, 72 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans ont déclaré consommer des jus de fruits au moins une fois par jour alors que seulement 34 % des personnes âgées de 50 ans et plus ont rapporté en consommer quotidiennement. Globalement, les jus de fruits suivis des fruits contribuent le plus à l'apport en fruits et légumes des résidents. Viennent ensuite la salade, les pommes de terre, les carottes et les autres légumes pour lesquels la fréquence de consommation est principalement d'une à deux fois par semaine (tableau A1, annexe).

Figure 1

Pourcentage de résidents consommant des fruits et légumes au moins cinq fois par jour selon l'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

Près de 86 % des résidents des communautés côtières³ ne consomment pas au moins cinq fois par jour des fruits et légumes alors que cette proportion se chiffre à 67 % chez les personnes vivant dans les communautés continentales. En effet, ces derniers sont plus nombreux à consommer des fruits et légumes plus de cinq fois par jour (données non présentées).

Les choix alimentaires

L'enquête révèle que 60 % des personnes âgées de 18 ans et plus choisissent ou évitent certains aliments par préoccupation pour leur santé (tableau 2). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à le faire et cette préoccupation augmente avec l'âge. En outre, 62 % des hommes âgés entre 18 et 29 ans ne font pas leurs choix alimentaires par préoccupation pour leur santé. Toutefois, près de la moitié des résidents choisissent ou évitent des aliments car ils sont préoccupés par leur poids. Ainsi, 55 % des femmes de tous les groupes d'âge sont préoccupées par la perte de poids, dont 65 % des femmes âgées de 30 ans et plus, comparativement à 50 % des hommes du même âge. Les femmes, particulièrement celles âgées de 50 ans et plus, sont aussi plus nombreuses que les hommes à choisir ou éviter des aliments par préoccupation pour les maladies cardiaques, le cancer et l'ostéoporose. Les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé sont plus nombreuses à choisir ou éviter certains aliments par préoccupation pour leur santé,

³ Les neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii ont été divisées en deux sous-régions pour fins de comparaison. Les communautés côtières incluent Chisasibi, Wemindji, Eastmain, Waskaganish et Whapmagoostui, tandis que les communautés continentales regroupent Nemiscau, Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi.

notamment pour la perte de poids, les maladies cardiaques et l'ostéoporose (données non présentées). Le lieu de résidence n'est toutefois pas associé aux choix alimentaires qui sont faits en raison de problèmes de santé (données non présentées).

D'un autre côté, la valeur nutritive des aliments influence aussi les choix alimentaires des résidents. En effet, environ 60 % des adultes ont déclaré choisir des aliments pour leur contenu en nutriments (tableau 2). Parmi ceux qui le font, c'est principalement la faible teneur en gras des aliments qui les influence, suivie par la teneur en fibres ou en calcium. Cette pratique est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et elle augmente avec l'âge. D'autre part, 65 % des adultes ont indiqué éviter certains aliments à cause de leur contenu indésirable. Cette observation augmente avec l'âge et est plus prononcée chez les femmes. Ainsi, plus de la moitié des résidents âgés de 30 ans et plus évitent des aliments à cause de leur teneur élevée en gras, en cholestérol, en sel, en calories ou selon le type de gras qu'ils contiennent.

Tableau 2

Facteurs d'influence sur les choix alimentaires selon le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Facteurs d'influence	Total	Hommes Femmes	
		%	
1. Choisit ou évite des aliments par préoccupation pour leur santé	59,6	51,2	68,8
2. Choisit des aliments pour leur contenu en nutriments	60,2	51,3	69,9
3. Évite des aliments pour leur contenu indésirable	64,6	58,2	71,6

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

De façon générale, les résidents vivant dans les communautés continentales sont plus nombreux que ceux des communautés côtières à choisir ou éviter des aliments à cause de leur composition en certains nutriments. Les choix alimentaires des résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii varient aussi selon leur niveau de scolarité ; les personnes plus scolarisées étant plus nombreuses à choisir des aliments à cause de leur teneur en nutriments ou à en éviter à cause de leur contenu indésirable (données non présentées).

L'insécurité alimentaire

Au cours de l'année précédant l'enquête, un peu plus du quart (27 %) de la population adulte d'Iiyiyiu Aschii aurait vécu une situation d'insécurité alimentaire (tableau 3). Chez les Québécois, cette prévalence se chiffre à près de 15 % pour la même période. Près de 24 % des adultes ont été inquiets au cours de la dernière année du fait qu'il n'y aurait pas assez de nourriture à cause d'un manque d'argent. De plus, 23 % des individus ont dû restreindre leur apport alimentaire parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour la nourriture et 21 % n'ont pas mangé des aliments de qualité ou n'ont pu varier leur menu par manque d'argent. L'insécurité alimentaire ne varie pas selon le sexe ni selon l'âge bien que la prévalence semble s'atténuer chez les individus plus âgés.

Tableau 3

Situations d'insécurité alimentaire selon le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Situations d'insécurité alimentaire	Total	Homme Femmes	
		%	
Inquiétude de manquer de nourriture			
- Souvent	5,4*	3,9*	6,9*
- Parfois	18,5	17,1	20,1
- Jamais	76,1	79,0	73,0
Monotonie du régime alimentaire			
- Souvent	4,6*	3,2*	6,0*
- Parfois	16,0	14,1	18,0
- Jamais	79,5	82,7	76,0
Restriction alimentaire			
- Souvent	4,6*	3,6*	5,7*
- Parfois	18,0	14,7	21,4
- Jamais	77,4	81,7	72,8
Insécurité alimentaire	26,6	23,4	29,9

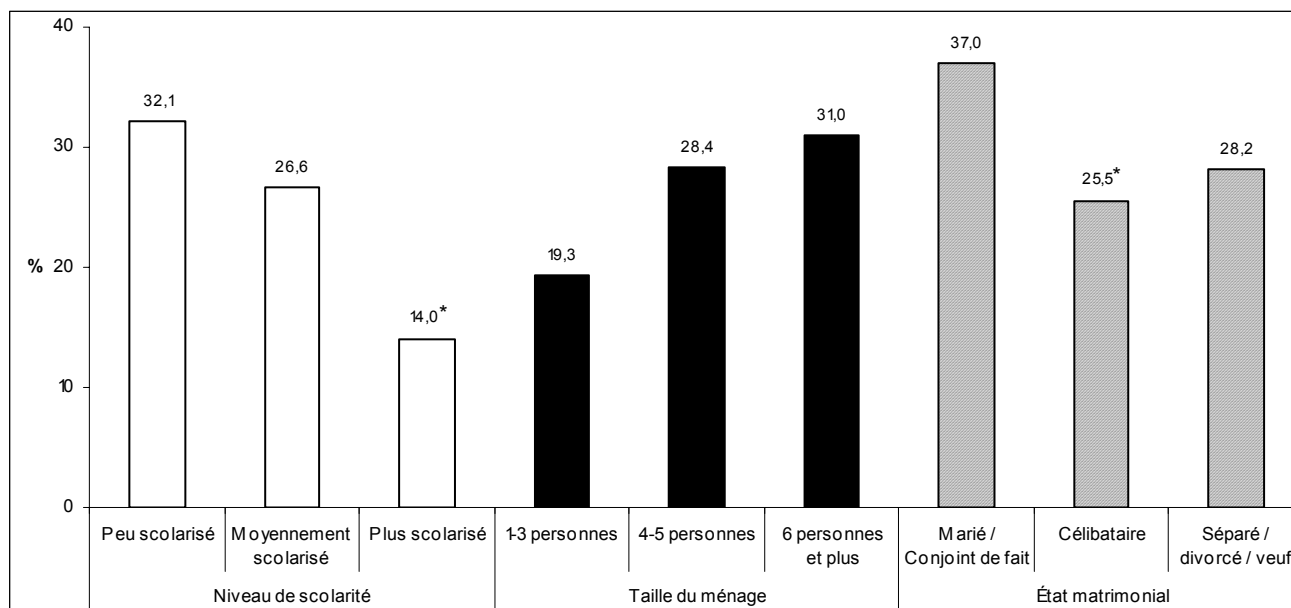
* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

La prévalence de l'insécurité alimentaire ou de l'une ou l'autre des trois manifestations d'insécurité alimentaire est semblable chez les résidents des communautés côtières (25 %) et continentales (29 %). Toutefois, l'insécurité alimentaire est moins fréquente chez les individus plus scolarisés (14 %*), soit ceux ayant complété des études postsecondaires, en comparaison aux individus les moins scolarisés (32 %) (figure 2). La prévalence de l'insécurité alimentaire a été plus fréquente dans les maisonnées comprenant six personnes ou plus (31 %), comparativement aux maisonnées constituées de trois personnes ou moins (19 %). L'insécurité alimentaire

ne semble pas être associée à l'état matrimonial des individus (figure 2) ni au type de ménage (données non présentées).

Figure 2
 Insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques sociodémographiques (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

DISCUSSION

Les résultats obtenus par la présente enquête suggèrent que la fréquence de consommation de fruits et de légumes chez les résidents d'Iiyiyiu Aschii est insuffisante et ce, malgré les nombreuses campagnes d'information. La consommation quotidienne de fruits et légumes en quantité suffisante par les résidents constitue un enjeu de santé majeur d'autant plus que cette augmentation pourrait contribuer à réduire certains problèmes de santé très prévalents dans la région, tels que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

L'enquête a aussi permis de vérifier l'influence de certains facteurs sociodémographiques sur la consommation de fruits et de légumes. Les résultats ont entre autres montré que la fréquence de consommation diminuait avec l'âge et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Les personnes plus âgées sont généralement moins portées à consommer quotidiennement des fruits et légumes, sans doute parce que leurs habitudes alimentaires traditionnelles ne comportaient pas de tels aliments autrefois. Les goûts personnels et les préférences familiales influencent aussi

la consommation de fruits et légumes (Blanchet et al., 2002; Devine, Farrell & Hartman, 2005). De plus, les saisons exercent une influence sur la consommation alimentaire car elles ont un effet sur la disponibilité des aliments tels que les fruits et légumes. Dans les communautés nordiques ou plus isolées, de nombreux obstacles nuisent à l'achat de fruits et légumes tels que le coût élevé relié au transport, une piètre qualité des produits, un manque de variété et une faible disponibilité (Lawn & Langner, 1994; Willows, 2005). Ces facteurs influencent très fortement la consommation de fruits et légumes et peuvent en grande partie expliquer les différences observées avec la population située plus au sud du Québec, laquelle est beaucoup mieux approvisionnée (Lawn & Langner, 1994).

Les résultats de l'enquête ont aussi indiqué que les jeunes résidents âgés de 12 à 17 ans étaient plus nombreux à consommer des fruits et légumes au moins cinq fois par jour. Telle que mentionnée auparavant, cette consommation est grandement attribuable à leur forte consommation de jus de fruits. Cette consommation quotidienne de jus de fruits, déclarée par 72 % des jeunes de la région, est comparable à celle des jeunes québécois

du même âge ayant participé à l'ESCC en 2003. Cependant, les résultats de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (ESSEA) publiés par l'Institut de la statistique du Québec en 2004 ont révélé que seulement 35% des jeunes du même groupe d'âge avaient consommé quotidiennement des jus de fruits (Bertrand, 2004). Il est fort probable que les jeunes ayant participé à l'ESCC en 2003 aient surestimé leur consommation de jus de fruits (jus de fruits à 100 %) et ce, par la déclaration de boissons ou breuvages aux fruits, lesquels sont très populaires auprès des jeunes. L'ESCC 2003 et l'ESSEA 2004 ont toutefois utilisé des méthodes de collecte de données différentes, la collecte des données de l'ESSEA ayant été faite exclusivement par des nutritionnistes, lesquels étaient sensibilisés lors des entrevues à la forte consommation de breuvages ou de boissons aux fruits chez les jeunes de cet âge.

La présente enquête a par ailleurs révélé qu'un pourcentage relativement élevé d'adultes de la région ont rapporté choisir ou éviter des aliments pour des raisons de santé ou selon leur valeur nutritive. De plus, tels qu'observés chez d'autres populations, les choix alimentaires des résidents sont davantage influencés par des préoccupations relatives à leur santé à mesure qu'ils prennent de l'âge (Payette & Shatenstein, 2005). Selon Fernyhough et al. (1999), l'âge serait un facteur de prédiction positif de la qualité de l'alimentation, notamment chez les femmes (Fernyhough et al., 1999). Par ailleurs, l'enquête a révélé que la perte de poids est une préoccupation importante pour un grand nombre de personnes, bien que les raisons évoquées pour vouloir perdre du poids ne soient pas documentées. Ce phénomène est très répandu dans toutes les populations occidentales. Cependant, comme le mentionne Willows dans un récent article, lorsque la minceur est valorisée, les préoccupations entourant le poids ou l'insatisfaction relative à l'image corporelle pourraient favoriser l'adoption de comportements alimentaires dommageables pour la santé (Willows, 2005). Il serait ainsi nécessaire de vérifier les perceptions, attitudes et comportements alimentaires reliés au poids corporel auprès de la population d'Iiyiyiu Aschii.

L'enquête a aussi révélé une association entre les choix alimentaires et le niveau de scolarité. Les personnes ayant de meilleures connaissances sur la nutrition ou sur la santé modifient généralement positivement leur alimentation. La disponibilité des aliments sur le territoire d'Iiyiyiu Aschii de même que leur coût peuvent aussi déterminer les choix alimentaires des résidents, les personnes défavorisées financièrement ayant moins facilement accès aux aliments (Raine, 2005; Willows, 2005).

Enfin, d'importantes informations sur la valeur nutritive des aliments ou sur leurs effets sur la santé ont été publicisées au cours de la dernière décennie par le milieu de la santé, les médias et les programmes de nutrition scolaire et périnatale. Il semble que ces informations aient atteint une bonne partie de la population d'Iiyiyiu Aschii puisque plus de la moitié des personnes âgées de 12 ans et plus choisissent ou évitent certains aliments par préoccupation pour leur santé ou à cause de leur contenu nutritif. Il faut cependant noter que l'enquête actuelle ne permet pas de mettre en parallèle les facteurs influençant les choix alimentaires et l'état de santé de cette population, donc de cibler les groupes les plus à risque.

Dans l'ensemble, un adulte de la région sur quatre (27 %) a vécu au moins l'une ou l'autre des manifestations d'insécurité alimentaire (inquiétude de manquer de nourriture, monotonie du régime alimentaire, la restriction alimentaire) au cours de l'année précédant l'enquête, comparativement à 15 % chez les Québécois. Il est possible que les résultats obtenus sous-estiment la prévalence de l'insécurité alimentaire chez les résidents étant donné que seulement trois questions ont été posées pour évaluer cette problématique. Les résultats de l'enquête indiquent néanmoins que la prévalence observée est très élevée au sein de la population de la région d'Iiyiyiu Aschii. Lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) menée en 1998-1999, la prévalence de l'insécurité alimentaire a été estimée à 27 % chez les Autochtones vivant hors réserve (Che & Chen, 2003; Statistique Canada, 2005b). L'alimentation était inadéquate chez 24 % des répondants parce qu'ils n'avaient pas assez de nourriture ou parce qu'ils ne pouvaient acheter des aliments variés et de qualité à cause d'un manque d'argent. Une récente étude menée par McIntyre a d'ailleurs révélé que parmi les familles qui souffrent de la faim au Canada, les familles autochtones sont surreprésentées (McIntyre, Connor & Warren, 2000; Willows, 2005).

Certains groupes de la population résidant dans la région d'Iiyiyiu Aschii semblent plus touchés par l'insécurité alimentaire qui atteint environ une personne sur trois dans les ménages plus nombreux (6 personnes ou plus). De plus, les adultes moins scolarisés semblent également plus susceptibles de vivre cette insécurité. Bien que le revenu soit le principal déterminant de l'insécurité alimentaire, la disponibilité d'aliments sains à coûts raisonnables est souvent limitée ou incertaine dans les communautés autochtones plus isolées (Power, 2005; Willows, 2005). Il est reconnu que le coût de la vie est plus élevé dans les régions nordiques du Canada. En fait, le coût du panier à provisions peut facilement atteindre le double du prix d'un panier similaire acheté à Montréal (Lawn, 1994; Santé Québec, 1998). L'insécurité

alimentaire influence négativement l'état de santé des personnes qui la vivent (Dubois et al., 2000; Dubois & Girard, 2001). C'est pourquoi elle doit s'insérer dans le contexte global des déterminants de la santé lors des interventions en santé publique afin que la population d'Iiyiyiu Aschii puisse avoir facilement accès à un approvisionnement alimentaire sain.

2. ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique, encore très présente dans le mode de vie de la majorité des populations au début du XX^e siècle, l'est maintenant beaucoup moins en ce début de XXI^e siècle à cause de la mécanisation et de l'informatisation de la majorité des tâches. Les populations autochtones ne font pas exception à ce phénomène et, particulièrement durant la seconde moitié du XX^e siècle, le volume d'activité physique associé aux activités quotidiennes, traditionnelles ou autres, a passablement diminué chez ces populations (Shephard, 1994).

Le maintien d'un niveau suffisant d'activité physique, tout au long de la vie, est essentiel au maintien d'une bonne santé. Ce phénomène, étudié de manière plus systématique à partir du XX^e siècle (U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 1996; Bouchard, Shephard & Stephens, 1994), concerne plusieurs problèmes majeurs de santé dont : les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers et l'excès de poids. De plus, il est bon de préciser que l'activité physique agit en amont (prévention) de ces problèmes et, dans plusieurs cas, elle peut aussi agir en aval (traitement) de plusieurs d'entre eux.

Face à ce constat, il devient important de connaître le niveau d'activité physique d'une population. Idéalement, cette évaluation devrait porter sur les cinq catégories d'activité physique potentiellement incluse dans une journée (tableau A2, annexe) et cela, pour l'ensemble de l'année. Cependant, les données recueillies lors de l'ESCC 2003 ne permettent pas ce type d'analyse. L'enquête nous apporte néanmoins une bonne estimation du niveau d'activité physique de loisir pour la période de mai à septembre 2003 et, de manière moins précise, de celui associé aux déplacements utilitaires (marche et bicyclette) pour la même période. De plus, l'enquête fournit un estimé global des exigences physiques associées au travail ou à l'occupation principale. Nous portons aussi un regard sur les liens potentiels avec d'autres déterminants de la santé, le lieu de résidence et entre les diverses catégories d'activité physique. Finalement, nous concluons avec des recommandations touchant l'intervention dans ce secteur.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Tous les résultats présentés sont basés sur des entrevues réalisées durant les mois d'août et septembre⁴ 2003 et le rappel d'information porte sur les trois mois précédant la date de l'entrevue (Statistique Canada, 2005c). Dans le cas de l'activité physique de loisir, une liste d'activités était énumérée et, pour chacune d'elle, l'individu devait indiquer s'il l'avait pratiquée (oui ou non). En plus de la liste énumérée, l'individu pouvait rapporter un maximum de trois autres activités non incluses dans la liste. Pour chacune des activités pratiquées, il devait ensuite fournir la fréquence et la durée approximative à chaque fois. L'information recueillie permet de vérifier l'atteinte des recommandations émises par les autorités compétentes (Pate et al., 1995; USDHHS, 1996; Comité scientifique de Kino-Québec, 1999; Kesaniemi et al., 2001; Cavill, Biddle & Sallis, 2001; Strong et al., 2005) et, également, de classer les individus selon différents niveaux d'activité physique (Nolin, 2006).

Pour la catégorie activité physique de transport (marche et bicyclette), l'information recueillie est moins détaillée et porte sur l'utilisation de ce type de déplacement durant une semaine normale. Le répondant devait choisir parmi six durées approximatives, lesquelles ont par la suite été regroupées en quatre plages horaires soit : aucune utilisation, moins d'une heure, d'une heure à moins de six heures et six heures et plus. L'information disponible, dans ce cas, ne permet pas de vérifier l'atteinte des recommandations d'activité physique car les plages horaires sont trop larges (exemple : 1h à 6h) et aucune information n'est disponible sur la fréquence hebdomadaire d'utilisation.

Dans le cas de la catégorie activité physique de travail (ou de l'occupation principale), la personne devait choisir, parmi quatre énoncés, celui se rapprochant le plus des exigences physiques associées à son occupation principale. Ici encore, l'information disponible ne permet pas de vérifier l'atteinte des recommandations d'activité physique car l'information porte seulement sur le niveau d'exigences physiques (« intensité ») et aucun renseignement n'est disponible sur le nombre de jours par semaine et la durée par jour. De plus, les deux choix intermédiaires ont dû être regroupés car les volumes d'activité physique associés à ces deux énoncés peuvent se recouper de manière importante.

⁴ Un petit nombre d'individus (64/920 : 7 %) ont complété le questionnaire par téléphone durant les mois d'octobre, novembre et décembre 2003.

RÉSULTATS

L'activité physique de loisir

Le tableau 4 montre que, durant la période de mai à septembre 2003, environ un adulte sur trois (33 %) était actif⁵ pendant ses temps libres. À l'opposé, plus d'un sur quatre (27 %) était sédentaire et environ quatre sur dix se situaient entre ces deux extrêmes (moyennement actif : 17 % et un peu actif : 23 %). Globalement, c'est donc plus de deux adultes sur trois (67 %) qui n'atteignaient pas le niveau recommandé (actif) permettant de retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

On observe une proportion plus élevée d'actifs chez les hommes comparés aux femmes (41 % c. 23 %) et, à l'inverse, une proportion moins élevée de sédentaires chez ces derniers (24 % c. 31 %). La proportion d'actifs et de sédentaires, chez les hommes, est semblable à celle du reste du Québec⁶ pour la période de mai à septembre. Les femmes, pour leur part, sont moins actives (23 % c. 42 %) et plus sédentaires (31 % c. 21 %) que leurs consoeurs québécoises.

Tableau 4

Niveau d'activité physique de loisir de mai à septembre^a selon l'âge et le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Sexe et groupe d'âge	Actif	Moyennement actif	Un peu actif	Sédentaire
Total	32,7	17,1	22,9	27,3
Hommes	41,4	15,4	19,7	23,6
18-29 ans	58,9	9,7*	18,1*	13,4*
30-49 ans	29,3	19,1	20,1	31,5
50 ans et plus	42,5	15,4*	20,7*	21,4*
Femmes	23,3	19,0	26,3	31,4
18-29 ans	25,5	15,0*	32,6	26,8
30-49 ans	23,1	22,8	24,0	30,1
50 ans et plus	21,1*	15,9*	23,1*	39,9

^a Les pourcentages représentent la moyenne, pour la période de mai à septembre, de la pratique sur une période de trois mois.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

⁵ Voir tableau A3, en annexe, pour connaître quelques exemples pour chacun des niveaux d'activité physique de loisir.

⁶ Reste du Québec : Ensemble du Québec, excluant les régions 17 (Nunavik) et 18 (Iiyiyiu Aschii).

Les variations selon l'âge, chez les adultes (tableau 4), montrent une diminution importante de la proportion d'actifs chez les hommes entre le groupe des 18-29 ans et celui des 30-49 ans (59 % c. 29 %). Par la suite, on n'observe pas de variation significative, statistiquement, entre les groupes de 30-49 ans et 50 ans et plus. Dans le cas des femmes, on n'observe aucune variation selon l'âge chez les actives et, pour ces dernières, la proportion d'actives est moins élevée que celle des hommes, sauf pour le groupe des 30 à 49 ans. L'évolution de la proportion de sédentaires, chez les hommes, suit un patron inverse à celui des actifs et, dans le cas des femmes, on observe une tendance à la hausse avec l'âge.

Les données portant sur les 12 à 17 ans (tableau 5) montrent que près d'un jeune sur deux (48 %) atteignait le niveau recommandé (très actif) pour ce groupe d'âge, durant la période de mai à septembre 2003. À l'opposé, environ un sur trois (33 % : moyennement, peu ou pas actif) avait un volume de pratique *inférieur à la moitié* du niveau recommandé chez les jeunes. Comme chez les adultes, on observe que les garçons sont plus actifs que les filles (très actif : 59 % c. 37 %) et une moins grande proportion n'atteint pas la moitié du niveau recommandé pour leur groupe d'âge (moyennement, peu ou pas actif : 24 % c. 41 %). Durant cette période (mai à septembre), chez les filles comme chez les garçons, on ne relève aucune différence avec le reste du Québec (données non présentées).

Tableau 5

Niveau d'activité physique de loisir de mai à septembre^a selon le sexe (%), population de 12 à 17 ans, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Total	Garçons	Filles
Très actif ^b	47,9	59,3	37,0
Actif ^c	19,2*	16,4*	21,8*
Moyennement, peu ou pas actif	32,9	24,2*	41,3

^a Les pourcentages représentent la moyenne, pour la période de mai à septembre, de la pratique sur une période de trois mois.

^b Le volume hebdomadaire recommandé (très actif), chez les 5 à 17 ans, est le double de celui des 18 ans et plus.

^c Le jeune atteint, au minimum, le volume recommandé chez les 18 ans et plus (actif) soit au moins 50 % de celui recommandé chez les 5 à 17 ans.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

L'analyse des résultats selon le lieu de résidence (données non présentées) montre que, globalement, la proportion d'actifs est moins élevée chez les adultes des communautés côtières (27 % c. 41 %). Cette différence

se vérifie chez les femmes (17 % c. 33 %) et, dans le cas des hommes, la variation va dans le même sens mais la différence n'est pas significative, statistiquement. Chez les sédentaires par contre, on n'observe aucune différence entre les deux lieux de résidence. On ne relève pas, chez les jeunes, de différence notable entre les communautés côtières et continentales. Dans le cas des jeunes filles, la proportion atteignant le niveau recommandé (très actif) semble plus élevée dans les villages intérieurs mais la différence n'est pas significative, statistiquement.

L'association avec divers facteurs

On observe, chez les adultes, que la pratique d'activité physique de loisir est associée à certains déterminants de la santé et à d'autres catégories d'activité physique potentiellement incluses dans une journée (tableau 6). Comme on peut le constater, la proportion de sédentaires est plus élevée chez les individus moins scolarisés comparés aux plus scolarisés (31 % c. 17 %*). Également, même si on n'observe pas d'association avec le fait de fumer ou non, on constate qu'il y a une proportion moins élevée de sédentaires chez les adultes qui fument moins (9 cigarettes ou moins / jour) comparés à ceux qui ont une consommation plus élevée (10 à 19 cigarettes / jour) (20 %* c. 32 %). Dans le cas des jeunes (12 à 17 ans : données non présentées), il est intéressant de noter qu'une proportion plus élevée (56 % c. 31 %) atteint le niveau recommandé (très actif) chez ceux qui n'ont jamais fumé comparativement à ceux qui fument déjà régulièrement. Finalement, on observe une association avec la fréquence de consommation quotidienne de fruits et de légumes. Cette association, telle qu'attendue, est positive dans le cas des actifs (43 % c. 30 %) et négative chez les sédentaires (13 %* c. 31 %).

La pratique d'activité physique de loisir est également associée à d'autres catégories d'activité physique (tableau 6). On observe une proportion moins élevée d'actifs (27 % c. 40 %) chez les individus qui n'utilisent pas, ou très peu (moins de 1h / semaine), la marche comme moyen de transport comparativement à ceux qui l'utilisent très régulièrement (6h et plus / semaine). À l'inverse, la proportion de sédentaires est plus élevée (39 % c. 20 %). La relation est comparable avec l'activité physique de travail ou de l'occupation principale. En effet, la proportion d'actifs est moins élevée (22 % c. 48 %) lorsque les exigences physiques sont moins élevées (niveau 1). À l'inverse, la proportion de sédentaires est plus élevée (40 % c. 20 %*).

Tableau 6

Niveau d'activité physique de loisir selon trois déterminants de la santé et deux autres catégories d'activité physique (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Déterminant et catégorie	Actif	Moyennement ou un peu actif	
		%	
Scolarité			
Peu scolarisé	30,0	38,9	31,1
Moyennement scolarisé	35,9	33,2	30,9
Plus scolarisé	37,6	46,1	16,5*
Fumeurs (nbr. cigarettes)			
1 à 9 / jour	38,6	41,3	20,0*
10 à 19 / jour	37,4	31,1	31,5
20 et plus / jour	35,6*	NP	37,0*
Fruits et légumes			
5 fois et plus / jour	43,0	44,5	12,5*
4 fois ou moins / jour	30,3	38,6	31,1
Transport (marche)			
Moins de 1h / sem.	26,7	34,4	38,9
1h à 5h59 / sem.	33,0	48,2	18,9*
6h et plus / sem.	40,4	39,8	19,9
Travail ou occupation principale^a			
Niveau 1	21,9	38,6	39,6
Niveau 2	33,8	41,5	24,7
Niveau 3	48,4	31,8*	19,8*

^a Niveaux 1 à 3 : exigences physiques moins élevées à plus élevées.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

NP Donnée non publiée (CV > 33,3 % ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

L'activité physique de transport

L'utilisation de la marche ou de la bicyclette comme moyen de transport peut permettre l'atteinte d'un niveau substantiel d'activité physique. Cependant, en plus de la volonté personnelle, certaines conditions doivent être réunies afin de permettre et/ou faciliter son utilisation (distance raisonnable à parcourir, type d'aménagement du territoire, conditions climatiques, etc.).

Le tableau 7 montre qu'un peu moins de huit adultes sur dix (77 %) rapportent avoir utilisé la marche comme moyen de transport de mai à septembre 2003, une proportion qui était d'environ neuf sur dix (90 %) chez les 12 à 17 ans. Dans le reste du Québec, ces proportions sont respectivement de 66 % et de 71 %. Également, environ le tiers des adultes (31 %) et des jeunes (33 %) rapportent une utilisation assez importante (6h et plus / semaine) soit, ici encore, des proportions plus élevées que dans le reste du Québec (adultes : 12 % et

adolescents : 12 %). Globalement, on ne relève pas de différence notable entre les deux sexes et cela, autant chez les jeunes que chez les adultes.

Tableau 7

Utilisation de la marche et de la bicyclette comme moyen de transport de mai à septembre^a, selon l'âge (%), Iiyiyiu Aschii, 2003

Activité / âge	Durée hebdomadaire			
	Aucune utilisation	Moins de 1h	1h à 5h59	6h et plus
%				
Marche				
18 ans et plus	22,8	17,9	28,7	30,5
12-17 ans	10,2*	14,7*	41,7	33,4
Bicyclette				
18 ans et plus	89,5	5,3	3,0*	2,3*
12-17 ans	65,8	13,2*	12,5*	8,5*

^a Les pourcentages représentent la moyenne, pour la période de mai à septembre, de l'utilisation sur une période de trois mois.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003

L'utilisation de la bicyclette à des fins utilitaires, comme ailleurs au Québec, est beaucoup moins répandue comparée à la marche. Les résultats (tableau 7) montrent qu'environ un adulte sur dix (11 %) utilisait ce moyen de transport de mai à septembre 2003, une proportion qui était d'environ un sur trois (34 %) chez les 12 à 17 ans. Dans le reste du Québec, ces proportions étaient respectivement de 9 % et de 46 % soit, une plus grande utilisation dans le cas des jeunes.

Quelle que soit la durée d'utilisation de la bicyclette (moins de 1h, de 1h à 5h59, 6h et plus), on observe une diminution entre le groupe des 12-17 ans et celui des 18 ans et plus. Globalement, chez les adultes, on observe une plus grande proportion d'utilisateurs chez les hommes (15 % c. 6 %). Dans le cas des jeunes (12 à 17 ans), les garçons et les filles ont utilisé ce moyen de transport dans des proportions comparables. Finalement, on ne relève pas de différence entre les communautés côtières ou continentales concernant l'utilisation de ces deux moyens de transport (marche et bicyclette).

On observe une relation entre la marche utilisée comme moyen de transport et le niveau des exigences physiques associées au travail ou à l'occupation principale. Comme on peut le constater (tableau A4, annexe), une proportion plus élevée (55 % c. 35 %) d'individus se situant au niveau le moins élevé (niveau 1) des exigences physiques n'utilisent pas ou très peu (moins de 1h / semaine) ce moyen de transport comparés à ceux du niveau le plus

élevé (niveau 3). À l'inverse, une proportion moins élevée (13 %* c. 40 %*) l'utilise six heures et plus par semaine. Dans le cas de la bicyclette (transport), le nombre d'utilisateurs est très peu élevé chez les adultes mais, pour une utilisation inférieure à une heure, on observe le même phénomène (niveau 1 : 99 % c. niveau 2 : 94 %) que pour la marche (données non présentées). Pour les autres durées d'utilisation, le nombre d'utilisateurs est trop faible pour conclure à ce sujet.

L'activité physique de travail (ou de l'occupation principale)

L'information disponible pour cette catégorie d'activité, telle que soulevée en début de section, ne permet pas de vérifier l'atteinte des recommandations d'activité physique. L'enquête apporte seulement un aperçu global des exigences physiques associées à cette composante de la vie quotidienne. Comme on peut le constater (tableau 8), un peu plus de deux adultes sur dix (22 %) rapportent une occupation principale très peu exigeante physiquement (niveau 1) durant la période de mai à septembre 2003, une situation comparable chez les deux sexes. À l'opposé, environ un adulte sur dix (10 %) rapporte des exigences physiques élevées (niveau 3), une condition touchant une proportion plus importante d'hommes comparée aux femmes (16 % c. 4 %*). Finalement, environ deux adultes sur trois (68 %) rapportent des exigences physiques très variées (niveau 2), lesquelles peuvent se situer sur la majeure partie du continuum (peu élevées à très élevées).

Tableau 8

Exigences physiques associées au travail ou à l'occupation principale, de mai à septembre^a, selon le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Sexe	Exigences physiques ^b		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
%			
Total	21,8	68,0	10,2
Hommes	19,3	64,6	16,1
Femmes	24,4	71,9	3,8*

^a Les pourcentages représentent la moyenne, pour la période de mai à septembre, des exigences physiques sur une période de trois mois.

^b Niveaux 1 à 3 : exigences physiques moins élevées à plus élevées.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

Comparée au reste du Québec, une proportion moins élevée d'hommes se situe au niveau inférieur (niveau 1) des exigences physiques (19 % c. 26 %). Chez les

femmes, on n'observe aucune différence à ce chapitre. Finalement, on ne relève aucune différence, quel que soit le niveau d'exigences physiques, entre les communautés côtières et continentales.

DISCUSSION

Les résultats présentés apportent un éclairage important sur le niveau d'activité physique de la population d'Iiyiyiu Aschii. Cependant, il est bon de préciser que cet éclairage demeure partiel étant donné les limites liées à la période couverte (mai à septembre) et des renseignements disponibles sur les trois catégories d'activité physique mesurées (loisir, transport et travail ou occupation principale).

Dans le cas de l'activité physique de loisir, catégorie d'activité sur laquelle les informations sont assez détaillées, on constate que les adultes masculins ont un niveau de pratique comparable au reste du Québec durant cette période. Chez les femmes, le niveau est beaucoup moins élevé que leurs consoeurs québécoises et, dans le cas des jeunes de 12 à 17 ans (garçons et filles), on observe des résultats comparables au reste du Québec. Donc, des efforts importants devraient être consentis à la promotion de l'activité physique de loisir et cela, *tout au long de l'année*, car cette catégorie d'activité possède le meilleur potentiel de modification en terme d'activité physique. De plus, une attention spéciale devrait être accordée aux villages côtiers où ce type de pratique semble moins populaire, tout particulièrement en ce qui concerne les jeunes filles et les femmes adultes.

Ce type d'intervention prend encore plus d'importance, comme nous le verrons dans la section suivante (Poids corporel), lorsqu'on se réfère au problème d'obésité vécu par cette population. De plus, si on considère qu'un manque d'activité physique durant les activités quotidiennes n'est aucunement compensé par un niveau plus élevé durant les temps libres ou lors des déplacements (tableau 6, et tableau A4 en annexe), une action vigoureuse s'impose dans le secteur de la promotion de l'activité physique de loisir étant donné que ce type de pratique est un phénomène assez récent dans cette population.

L'activité physique de transport (marche et bicyclette) semble être un type d'activité physique plus utilisée dans la région d'Iiyiyiu Aschii que dans le reste du Québec. Ce constat, cependant, se vérifie seulement dans le cas de la marche et, il est important de le préciser, pour la période de *mai à septembre*. L'utilisation de la bicyclette, chez les adultes, est comparable au reste du Québec, mais elle est moins élevée chez les adolescents d'Iiyiyiu Aschii.

Il demeure possible de modifier ses habitudes de transport, cependant, le potentiel de modification est moins élevé que dans le cas de l'activité physique de loisir. Parmi les contraintes importantes, le type d'infrastructures (exemple : potentiel piétonnier et cyclable), les distances à parcourir, la sécurité et les conditions climatiques sont des facteurs qui influencent grandement le fait d'utiliser, ou non, ce type de déplacement. Néanmoins, pour ceux et celles qui ne peuvent (ou ne veulent) pas s'investir dans une pratique de loisir, cette catégorie d'activité demeure une avenue possible pour le maintien d'un mode de vie physiquement actif. Même si le potentiel est plus limité que dans les grands centres urbains, les programmes de promotion de la santé doivent tenir compte de cette avenue tout en l'adaptant à la réalité de chacun des milieux de vie.

Finalement, l'enquête apporte quelques informations générales sur les exigences physiques associées au travail ou à l'occupation principale. Comme nous l'avons constaté, cette population n'a pas échappé au phénomène croissant de mécanisation et d'informatisation des tâches quotidiennes (traditionnelles ou autres). Pour une vaste majorité des résidents d'Iiyiyiu Aschii, les exigences physiques associées à ce type d'activités semblent être devenues comparables au reste du Québec. Cela, même si une proportion un peu moins élevée, chez les hommes, rapporte accomplir un travail très peu exigeant sur le plan physique. Le potentiel de modification, pour cette catégorie d'activité physique, est peu élevé voire inexistant. En effet, la tâche à accomplir détermine la nature de l'activité physique utilisée ainsi que son volume quotidien. Donc, même si certaines actions demeurent « envisageables », elles relèvent plutôt du cas par cas et elles sont plus difficilement intégrables à un programme de promotion de santé. De plus, des considérations économiques liées à l'efficacité de la tâche à accomplir viennent grandement limiter le potentiel d'action à ce niveau. Ceci vient appuyer, comme nous le soulignons précédemment, l'importance d'agir vigoureusement sur les deux autres catégories d'activité physique soit : le loisir et le transport actif.

3. POIDS CORPOREL

La relation entre l'obésité et certains problèmes de santé est bien établie. Plusieurs études ont démontré un lien entre l'obésité et le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, les maladies cardiovasculaires, les maladies de la vésicule biliaire, l'apnée du sommeil et certains cancers (Jung, 1997). Les enfants et les adolescents obèses sont aussi plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé (Lobstein,

Baur & Uauy, 2004) et présentent un risque élevé d'obésité à l'âge adulte (Must & Strauss, 1999).

Il est reconnu que l'excès de poids est devenu un problème de santé à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la santé, 2000). Au Canada, au cours des dernières décennies, la prévalence de l'obésité a augmenté de façon importante, tant chez les adultes (Katzmarzyk, 2002) que chez les enfants et les adolescents (Willms, Tremblay & Katzmarzyk, 2003). Comparativement au reste de la population canadienne, les peuples des Premières Nations sont davantage touchés par un excès de poids (Hanley et al., 2000). La population crie ne fait pas exception et, depuis le début des années 1980, plusieurs enquêtes de santé ont rapporté une prévalence alarmante de l'obésité pour tous les groupes d'âge de cette population (Lavallée, 1990; Santé Québec, 1994; Bernard et al., 1995).

Nous verrons, dans cette section, que le problème est loin de se résorber. Nous examinerons son évolution entre 1991 et 2003 et le lien que ce dernier peut avoir avec divers facteurs tels la scolarité, l'alimentation, l'activité physique et l'insécurité alimentaire. De plus, nous verrons comment les individus perçoivent leur situation par rapport à leur poids corporel. Finalement, quelques pistes de solution seront proposées pour faire face à la situation.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Lors des entrevues en face-à-face, les participants à l'enquête ont rapporté leur poids et leur taille (les femmes enceintes exclues). L'indice de masse corporel (IMC) a été utilisé pour évaluer le niveau de risque pour la santé lié au poids corporel. Cet indice est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres.

L'IMC, pour les adultes, a été catégorisé selon la méthode recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (Santé Canada, 2003) (tableau A5, annexe). Chez les adolescents de 12 à 17 ans, l'IMC a été catégorisé selon la méthode de Cole et al. (2000). Dans ce dernier cas, on utilise des valeurs seuils de l'IMC établies pour définir l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Ces valeurs spécifiques à l'âge et au sexe correspondent, mathématiquement, aux valeurs seuils définissant l'embonpoint et l'obésité chez un adulte (IMC de 25 kg/m² et IMC de 30 kg/m², respectivement). Dans le texte, les termes « surpoids » et « embonpoint » sont synonymes et utilisés indifféremment pour identifier la catégorie intermédiaire entre le poids normal et l'obésité. On utilise le terme « excès de poids » lorsqu'on réfère au pourcentage combiné d'embonpoint (ou surpoids) et d'obésité.

L'IMC, utilisé comme indicateur de risque pour la santé, doit être employé avec précaution chez certains groupes comme les jeunes en croissance, les adultes naturellement très minces, les adultes ayant une forte musculature et les personnes âgées de 65 ans et plus (Santé Canada, 2003). De plus, il est rapporté dans la littérature que le poids et la taille déclarés pour calculer l'IMC tendent à sous-estimer le taux réel d'excès de poids tant chez les adultes que chez les adolescents (Roberts, 1995; Strauss, 1999). L'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991 a observé cette tendance à sous-estimer l'excès de poids dans la population crie, plus importante chez les femmes (Santé Québec, 1994). Il faut aussi noter que certaines études ont questionné les valeurs seuils utilisées dans la classification actuelle de l'IMC, pour les populations non caucasiennes (Lear et al., 2003). Finalement, la classification de Cole et al. (2000), utilisée dans cette enquête pour catégoriser l'IMC chez les adolescents de 12 à 17 ans, n'est pas reconnue de façon unanime. Certaines études ont discuté la validité de la nouvelle méthode, surtout pendant la période de puberté (Kinra, Nelder & Lewendon, 2000).

RÉSULTATS

Situation actuelle

Selon les résultats de l'enquête, en 2003, environ la moitié (51 %) de la population d'Iiyiyiu Aschii âgée de 18 ans et plus présentait de l'obésité (IMC \geq 30) et près d'un tiers (33 %) du surpoids (IMC : 25 à 29,9) (tableau 9). On observe une différence dans la répartition de la prévalence de l'obésité entre les hommes et les femmes adultes. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être obèses (57 % c. 47 %) et se trouvent, dans une plus grande proportion, dans la catégorie d'obésité de classe III (12 % c. 3 %).

Tableau 9

Catégories de poids corporel selon le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Catégories ^a	Total	Hommes	Femmes
	%		
Insuffisant	NP	NP	NP
Normal	15,5	16,2	14,7
Surpoids	32,8	36,7	27,7
Obésité (classes I à III)	51,2	46,6	57,2
Obésité classe I	31,1	31,3	30,8
Obésité classe II	13,2	12,2	14,6
Obésité classe III	6,9	3,1	11,8

^a Voir le tableau A5 en annexe pour connaître les valeurs d'IMC pour chacune des catégories.

NP Donnée non publiée (CV > 33,3 % ou moins de 10 répondants).

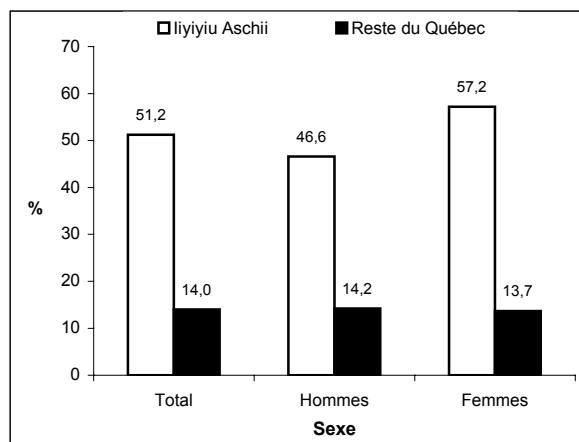
Source: ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

On n'observe pas, globalement, de différence dans la prévalence de l'obésité selon le groupe d'âge. Cependant, la proportion de femmes obèses est plus élevée que celle des hommes chez les 18 à 29 ans (figure A1, annexe). Chez les adolescents de 12 à 17 ans (données non présentées), presque la moitié (48 %) rapporte un excès de poids (surpoids : 28 % et obésité : 20 %). On ne note pas, quel que soit l'âge, de différence dans les proportions de gens qui présentent du surpoids ou de l'obésité entre les communautés côtières et continentales (données non présentées).

Tant pour les hommes (47 % c. 14 %) que pour les femmes (57 % c. 14 %) adultes (figure 3), la prévalence de l'obésité est beaucoup plus élevée dans la région d'Iiyiyiu Aschii que dans le reste du Québec. Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, plus de femmes que d'hommes présentent de l'obésité (57 % c. 47 %), alors qu'au Québec cette proportion est comparable entre les deux sexes (14 % et 14 %).

La prévalence de l'obésité chez les jeunes de 12 à 17 ans est plus élevée (20 %* c. 4 %) comparativement au reste du Québec (tableau A6, annexe). Par contre, dans les deux cas, on n'observe pas de différence selon le sexe. Dans la catégorie du surpoids, sexes réunis, la proportion de jeunes de la région d'Iiyiyiu Aschii est plus élevée (28 % c. 15 %) comparativement à celle des autres Québécois du même âge.

Figure 3
 Prévalence de l'obésité selon le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003.

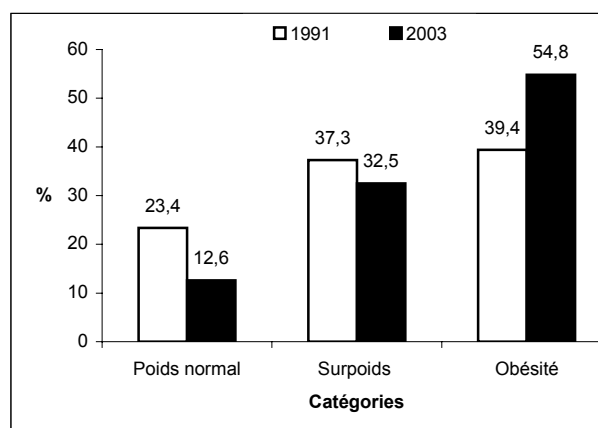
Perception du poids

Lors de l'ESCC de 2003, une question portait sur la perception du poids corporel : « *Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint, que vous êtes trop maigre ou que votre poids est à peu près normal?* » Selon les résultats de l'enquête, plus de la moitié (58 %) des résidents âgés de 18 ans et plus pensent faire de l'embonpoint. En proportion, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à considérer qu'elles font de l'embonpoint (71 % c. 47 %). Parmi les jeunes de la région âgés de 12 à 17 ans, environ un tiers (28 %) pense faire de l'embonpoint.

Évolution de 1991 à 2003

Selon l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991, près de quatre adultes sur dix (39 %) étaient obèses. En 2003, cette proportion atteignait environ 55 % (figure 4). Cette augmentation est surtout importante chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans où le taux d'obésité est passé de près de trois sur dix (28 %) en 1991, à plus de quatre sur dix (45 %) en 2003 (tableau A7, annexe).

Figure 4
 Évolution des catégories de poids corporel (%), population crie seulement, 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 1991 et 2003



Sources : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003 et Enquête Santé Québec - Iiyiyiu Aschii, 1991.

La situation chez les 15 à 19 ans est encore plus inquiétante. Depuis 1991, dans ce groupe d'âge, le taux d'obésité a plus que doublé passant d'environ 14 % à 33 % (figure A2, annexe). Toutefois, en comparant les données de ces deux enquêtes, il faut tenir compte de la différence dans le mode de collecte des données : mesures rapportées obtenues à l'aide de questionnaires auto-administrés lors de l'Enquête Santé Québec de 1991, comparativement aux mesures rapportées lors

d'entrevues en face-à-face en 2003. De plus, le taux de non-réponse partielle est plus élevé pour l'enquête de 1991 comparativement à l'ESCC 2003 (35 % c. 9,4 %). Les différences observées peuvent être dues, au moins en partie, à ces facteurs.

L'association avec divers facteurs

Nos résultats montrent que la prévalence de l'obésité est plus faible (44 % c. 54 %) parmi les adultes plus scolarisés comparativement aux individus avec un faible niveau de scolarité. À l'inverse, on observe une proportion plus élevée d'individus affichant un poids normal (22 % c. 13 %) chez les adultes plus scolarisés.

Les adultes déclarant choisir ou éviter certains aliments par préoccupation pour leur poids sont plus susceptibles d'être obèses (55 % c. 47 %) que ceux ayant répondu de façon négative à cette question. Par contre, les choix alimentaires effectués à cause de leur contenu ne varient pas selon les catégories de poids. Il semble y avoir une proportion plus élevée d'adultes, avec un poids normal, chez ceux et celles qui consomment au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, l'excès de poids ne varie pas selon les habitudes alimentaires (données non présentées).

Trois questions portant sur l'inquiétude de manquer de nourriture, la monotonie du régime alimentaire et la restriction alimentaire ont été posées pour estimer la proportion d'adultes ayant vécu l'insécurité alimentaire au cours de l'année précédant l'enquête. Les résultats montrent que la proportion de gens avec un excès de poids (surpoids ou obésité) est plus élevée (92 % c. 82 %) parmi les adultes qui ont vécu l'insécurité alimentaire (ou au moins un de ces trois aspects), comparativement à ceux qui n'ont pas vécu cette situation. Cependant, les résultats ont pu être influencés par le taux élevé de non-réponse partielle (14 %) chez ceux affectés par ce problème.

Les résidents de 18 ans et plus classés sédentaires durant leurs temps libres sont plus susceptibles d'être obèses (61 % c. 39 %) que ceux physiquement actifs (tableau A8, annexe). À l'inverse, la proportion d'adultes avec un poids normal est plus élevée parmi les individus actifs comparativement aux personnes sédentaires (24 % c. 9 %). Chez les adultes, le poids ne varie pas selon la durée d'utilisation de la marche comme moyen de transport alors que chez les jeunes de 12 à 17 ans, on observe une proportion plus élevée de jeunes avec un poids normal ou insuffisant chez ceux qui utilisent le moins la marche comme moyen de transport (moins de 1h : 71 % c. 6 h et plus : 49 %), ce qui va à l'inverse des résultats attendus. Une surestimation de la durée

hebdomadaire de la marche et l'absence d'information sur la période d'octobre à avril peuvent expliquer, en partie, ce type de résultats.

La prévalence de l'obésité est plus élevée (71 % c. 25 %) parmi les résidents adultes qui pensent faire de l'embonpoint comparativement à ce ceux qui pensent être trop maigres ou à peu près corrects. La situation est différente pour la catégorie de « surpoids » où les gens qui pensent être trop maigres ou à peu près corrects sont plus nombreux, en proportion (44 % c. 26 %), que ceux qui pensent faire de l'embonpoint. On n'observe pas, entre les hommes et les femmes, de différence dans la perception du poids selon les catégories d'IMC.

DISCUSSION

Selon les résultats de l'enquête, environ la moitié (51 %) des adultes de 18 ans et plus et environ 20 % des adolescents de 12 à 17 ans de la région d'Iiyiyiu Aschii sont obèses. La prévalence combinée de l'obésité et du surpoids est encore plus impressionnante car la vaste majorité des adultes (84 %) et environ la moitié (48 %) des adolescents sont touchés par ce problème. De plus, parmi les adultes, plus de 20 % se situent dans les classes II (IMC 35 à 39,9) et III (IMC \geq 40) de l'obésité et présentent des risques très élevés ou extrêmement élevés de développer des problèmes de santé.

Dans l'ensemble, plus de huit adultes sur dix (84 %) ont un excès de poids (surpoids et obésité) mais seulement six sur dix (58 %) considèrent avoir ce problème. Parmi les adolescents (12 à 17 ans), près de trois sur dix (28 %) pensent la même chose alors que la proportion avec un excès de poids atteint environ cinq sur dix (48 %). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à considérer qu'elles font de l'embonpoint (71 % c. 47 %).

Il y a peu d'études qui ont essayé d'investiguer le lien entre la perception du poids et le poids réel dans la population crie. En 1992, l'étude menée par Bernard et al. (1995) a observé une association entre la perception du poids corporel et l'obésité réelle chez les enfants et les adolescents cris âgés de 9 à 19 ans. Dans ce cas, la majorité des participants obèses pensaient être « un peu trop obèses » et parmi les non obèses la majorité pensait être « juste correcte ».

En analysant la perception du poids selon la répartition des catégories d'IMC chez les résidents de 18 ans et plus, on remarque que dans la catégorie « obésité » la perception du poids réel semble être assez juste. La proportion des gens qui pensent faire de l'embonpoint est plus élevée comparativement à la proportion des gens qui pensent être trop maigres ou à peu près corrects. Par

contre, parmi les gens qui ont un surpoids (IMC : 25 à 29,9), la proportion de ceux qui pensent être trop maigres ou à peu près corrects est plus élevée que la proportion de ceux qui pensent faire de l'embonpoint. Cette observation demande plus d'investigation parce que la perception erronée du poids réel chez certains sous-groupes de la population peut avoir des implications importantes pour les programmes d'éducation et de promotion de la santé.

La même étude (Bernard et al., 1995) a rapporté que la perception de l'obésité réelle était plus juste chez les filles que chez les garçons. Une étude américaine a aussi observé que la perception du surpoids (poids rapporté, IMC 25.0 - 29.9 kg/m²) était plus juste chez les femmes comparativement aux hommes (Paeratakul et al., 2002). Dans l'enquête de 2003, cependant, on n'observe pas cette différence entre les hommes et les femmes.

Il est rapporté dans la littérature scientifique que la perception du poids corporel varie selon l'origine ethnique (Adams, Quinn & Prince, 2005). Une étude récente, menée par Vallianatos et al. (2006), a révélé que la perception du poids corporel et du risque que représente l'excès de poids pour la santé dans la population crie pourrait être différente des recommandations officielles. En particulier, la perception d'un gain du poids approprié pendant la grossesse chez les femmes crie était supérieure aux normes médicales. Par contre, l'importance de la perte du poids après la grossesse était bien reconnue. Donc, les recherches doivent se poursuivre afin de mieux comprendre la perception culturelle de l'excès de poids dans cette population, particulièrement dans la catégorie du surpoids (IMC : 25 à 29,9).

Plusieurs études ont rapporté qu'un statut socio-économique défavorable, incluant un niveau de scolarité faible, peut être associé à un taux d'obésité élevé (Martinez et al., 1999). Nos résultats arrivent aux mêmes conclusions pour le niveau de scolarité. Certaines études rapportent une association positive entre l'insécurité alimentaire et l'obésité, surtout chez les femmes (Townsend et al., 2001). D'autres recherches n'ont pas observé cette relation (Vosoris & Tarasuk, 2003). Par contre, les instruments utilisés pour mesurer l'insécurité alimentaire, les valeurs seuils définissant l'obésité et les facteurs culturels peuvent influencer les résultats observés (Kaiser et al., 2004). Drewnowski et Specter (2004) suggèrent que le lien entre les variables socio-économiques et l'obésité puisse être expliqué par le coût plus faible des aliments riches en gras et en sucre.

Les résultats de notre enquête suggèrent que la proportion d'individus avec un excès de poids (surpoids et obésité) est plus élevée (92 % c. 82 %) parmi les

adultes qui ont vécu l'insécurité alimentaire comparativement aux gens qui n'ont pas vécu cette situation au cours de l'année précédant l'enquête. Cependant, il faut tenir compte, dans l'interprétation de ces résultats, du nombre limité de questions utilisées pour définir l'insécurité alimentaire et du taux élevé (14 %) de non-réponse partielle chez ceux vivant ce problème, surtout chez les femmes (19 %).

La composition du régime alimentaire et le niveau d'activité physique ont aussi un rôle important à jouer dans l'excès de poids (Astrup, 2001; Comité scientifique de Kino-Québec, 2006). L'examen du lien entre la consommation quotidienne recommandée de fruits et de légumes et l'excès de poids permet d'observer une tendance dans le sens attendu chez les adultes, mais non chez les adolescents. Dans le cas de l'activité physique de loisir, l'excès de poids est moins présent chez les adultes plus actifs. Concernant la marche utilisée comme moyen de transport, aucune association n'est observée chez les adultes et, chez les adolescents, le lien observé est inverse à celui attendu, à tout le moins pour les jeunes avec un poids normal. Une constatation qui demande à être analysée un peu plus en détail.

Implication pour la planification des services

Les résultats de l'ESCC de 2003 auprès des Crie mettent en évidence l'ampleur de la prévalence de l'obésité et du surpoids dans la population d'Iiyiyiu Aschii, tant chez les adultes que chez les adolescents. Cette enquête fait ressortir l'importance de la mise en place de programmes de promotion de santé et de prévention des maladies chroniques qui tiendront compte, entre autres, de la perception qu'ont les résidents d'Iiyiyiu Aschii de leur poids corporel.

L'obésité est un facteur de risque commun à plusieurs problèmes de santé, comme le diabète de type 2, le diabète gestationnel et les maladies cardio-vasculaires. Étant donné que la population de la région rapporte un taux de diabète considérablement plus élevé comparativement à celle du reste du Québec et du Canada, le problème d'obésité devrait être considéré comme une priorité par les autorités régionales. De plus, la progression importante d'excès de poids chez les adolescents mérite une attention particulière. Pour diminuer le risque de morbidité pour les futures générations, les programmes d'éducation et d'intervention en milieu scolaire devraient être considérés comme une urgence de santé publique.

L'obésité est un phénomène multifactoriel qui demande une approche intégrée. Il est donc nécessaire de cibler plusieurs déterminants tels le régime alimentaire, l'activité physique mais aussi les facteurs socio-

économiques, l'insécurité alimentaire et les politiques en matière de nutrition. Plus de recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre les facteurs individuels, culturels et environnementaux pouvant contribuer à ce problème.

POINTS IMPORTANTS

HABITUDES ALIMENTAIRES

- La proportion des résidents d'Iiyiyiu Aschii âgés de 12 ans et plus qui consomment des fruits et légumes au moins cinq fois par jour est peu élevée et se chiffre à 21 %, comparativement à 51 % dans le reste du Québec. De plus, la fréquence de consommation diminue avec l'âge et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Un pourcentage relativement élevé d'adultes (18 ans et plus) ont rapporté éviter ou choisir des aliments pour des raisons de santé ou selon leur valeur nutritive.
- De plus, tels qu'observés chez d'autres populations, les choix alimentaires des résidents d'Iiyiyiu Aschii sont davantage influencés par des préoccupations relatives à leur santé à mesure qu'ils avancent en âge.
- La perte de poids est une préoccupation importante pour un grand nombre de personnes.
- Au cours de l'année précédant l'enquête, un peu plus du quart de la population adulte d'Iiyiyiu Aschii aurait vécu une situation d'insécurité alimentaire.
- Certains groupes de la population résidant dans la région d'Iiyiyiu Aschii semblent plus touchés par l'insécurité alimentaire, dont les ménages plus nombreux (6 personnes ou plus) et les adultes moins scolarisés.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Durant la période de mai à septembre 2003, un peu plus de trois adultes sur dix (33 %) étaient actifs durant les loisirs. À l'opposé, un peu moins de trois sur dix (27 %) étaient sédentaires durant la même période.
- La proportion d'actifs durant les loisirs, chez les adultes, est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (41 % c. 23 %). À l'inverse, la proportion de sédentaires est moins élevée (24 % c. 31 %).
- La proportion de femmes actives durant les loisirs est semblable pour tous les groupes d'âge. Chez les hommes, les plus jeunes (18-29 ans) sont plus actifs que les plus âgés.

- Durant la période de mai à septembre 2003, près d'un adolescent (12-17 ans) sur deux (48 %) atteignait le niveau recommandé (très actif) pour ce groupe d'âge. À l'opposé, environ un sur trois (33 %) n'atteignait pas la moitié de ce volume de pratique hebdomadaire.
- Comme chez les adultes, la proportion de garçons atteignant le niveau recommandé est plus élevée comparée aux filles (59 % c. 37 %). À l'inverse, la proportion n'atteignant pas la moitié du niveau recommandé est plus élevée chez les filles (41 % c. 24 %*).
- Près de huit adultes sur dix (77 %) et neuf adolescents sur dix (90 %) ont rapporté avoir utilisé la marche comme moyen de transport durant la période de mai à septembre 2003. Pour la bicyclette, ces pourcentages sont respectivement 11 % et 34 %.
- Même si elles demeurent légèrement plus élevées dans le cas des hommes, les exigences physiques associées au travail ou à l'occupation principale dans la région d'Iiyiyiu Aschii sont de plus en plus comparables au reste du Québec et du Canada.
- Les personnes moins actives physiquement durant leur travail (ou occupation principale) et/ou leurs déplacements sont aussi moins actives durant leurs loisirs. Comme dans d'autres populations, « *la sédentarité semble attirer la sédentarité* ».

POIDS CORPOREL

- Plus de la moitié des adultes (51 %) sont obèses (IMC \geq 30) et environ un sur trois (33 %) a un problème de surpoids (IMC : 25 à 29,9). Chez les 12 à 17 ans, ces pourcentages sont respectivement de 20 % et 28 %.
- Globalement, les femmes adultes sont plus touchées que les hommes (57 % c. 47 %) par le problème de l'obésité. Chez les 12 à 17 ans, la proportion d'obèses est comparable entre les deux sexes.
- Dans la population crie, la proportion d'adultes obèses (IMC \geq 30) est passée d'environ 39 % à environ 55 % entre 1991 et 2003. L'augmentation est cependant beaucoup plus marquée dans le groupe des 15 à 24 ans.
- Globalement, la perception de l'excès de poids (IMC \geq 25) est inférieure aux données calculées pour l'ensemble de la population et cette sous-estimation est particulièrement importante pour ceux se situant dans la catégorie surpoids (IMC : 25 à 29,9). Les femmes ont dans l'ensemble une meilleure perception de leur problème d'excès de poids.

- Les problèmes de poids sont moins marqués chez les adultes plus scolarisés et ceux qui sont actifs physiquement durant leurs loisirs. À l'inverse, les problèmes sont plus importants chez ceux déclarant choisir ou éviter certains aliments par préoccupation pour leur poids et ceux ayant rapporté un problème d'insécurité alimentaire.

RÉFÉRENCES

- Adams A.K., Quinn R.A., & Prince R.J. (2005). Low recognition of childhood overweight and disease risk among Native-American caregivers. *Obes Res*, 13(1), 146-52.
- Astrup, A. (2001). Healthy lifestyles in Europe : prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity. *Public Health Nutrition*, 4(2B): 499-515.
- Bertrand, L. (2004). Consommations alimentaires. In *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents Québécois*, Volet Nutrition. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bernard, L., Lavallee, C., Gray-Donald, K., & Delisle, H. (1995). Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing. *J Am Diet Assoc*, 95(7), 800-2.
- Blanchet, C., Dewailly, E., Chaumette, P., Nobmann, E. D., Bjerregaard, P., Pars, T., Lawn, J., Furgal, C., & Proulx, J. F. (2002). Diet Profile of Circumpolar Inuit. In G. Duhaime (Ed.), *Sustainable Food Security in the Arctic* (Vol. 1, pp. 242). Québec: Canadian Circumpolar Institute Press.
- Bouchard, C., R.J. Shephard and T. Stephens (eds.). (1994.), *Physical Activity, Fitness and Health : International Proceeding and Consensus Statement*, Champaign, Human Kinetics, 1 055 p.
- Cavill, N., S. Biddle, JAMES. F. Sallis (2001), Health Enhancing Physical Activity for Young People : Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference, *Pediatric Exercise Science*, 13, 12-25.
- Che, J., & Chen, J. (2003). Food insecurity in Canadian households. *Health Report*, 12, 11-22.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for childhood overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(7244), 1240-1253.
- Comité scientifique de Kino-Québec (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé (Avis du comité)*. Québec : Secrétariat au loisir et au sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 27 p. [En ligne]. http://www.kino-quebec.qc.ca/comite_scientifique.
- Comité scientifique de Kino-Québec (2006). *L'activité physique et le poids corporel : Avis du comité*. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 44 p. [En ligne]. http://www.kino-quebec.qc.ca/comite_scientifique.
- Devine, C. M. (2005). A life course perspective: understanding food choices in time, social location, and history. *J Nutr Educ Behav*, 37(3), 121-128.
- Devine, C. M., Farrell, T. J., & Hartman, R. (2005). Sisters in health: experiential program emphasizing social interaction increases fruit and vegetable intake among low-income adults. *J Nutr Educ Behav*, 37(5), 265-270.
- Drewnowski, A., & Shultz, J. M. (2001). Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *J Nutr Health Aging*, 5(2), 75-79.
- Drewnowski, A., & Specter, S.E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*, 79(1), 6-16.
- Dubois, L., Beauchesne-R, É., Girard, M., Bédard, B., Bertrand, L., & Hamelin, A. M. (2000). *Alimentation: Perceptions, pratiques et insécurité alimentaire*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Dubois, L., & Girard, M. (2001). Social position and nutrition: a gradient relationship in Canada and the USA. *Eur J Clin Nutr*, 55(5), 366-373.
- Fernyhough, L. K., Horwath, C. C., Campbell, A. J., Robertson, M. C., & Busby, W. J. (1999). Changes in dietary intake during a 6-year follow-up of an older population. *Eur J Clin Nutr*, 53(3), 216-225.
- Hanley, A.J.G., Harris, S.B., Gittelsohn, J., Wolever, T. M.S., Saksvig, B., & Zinman, B. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors. *Am J Clin Nutr*, 71(3), 693-700.
- Institut de la statistique du Québec (ed.) (2001). *Enquête sociale et de santé 1998* (2^e édition). Québec : Institut de la statistique du Québec.

- Jung, R.T. (1997). Obesity as a disease. *British Medical Bulletin*, 53 (2), 307-321.
- Kaiser, L.L., Townsend, M.S., Melgar-Quinonez, H.R., Fujii, M.L., & Crawford, P.B. (2004). Choice of instrument influences relations between food insecurity and obesity in Latino women. *Am J Clin Nutr*, 80, 1372-1378.
- Katzmarzyk, P.T. (2002). The Canadian obesity epidemic, 1985-1998. *CMAJ*, 66(8),1039-1040.
- Keller, I. (2005). La consommation de fruits et de légumes dans le monde. Paper presented at the *Symposium international sur les effets santé des fruits et légumes*. Québec : Université Laval.
- Kesaniemi, Y.A., E. Danforth Jr., M.D. Jensen, P.G. Kopelman, P. Lefebvre and B.A. Reeder (2001), Dose-responses issues concerning physical activity and health : an evidence-based symposium, *Med. Sci. Sports Exerc.*, 33, (6, suppl.): S351-S358.
- Kinra, S., Nelder, R.P. & Lewendon, G.J.(2000). Deprivation and childhood obesity: a cross-sectional study of 20 973 children in Plymouth, UK. *J Epidemiol Community Health*, 54, 456-60.
- Lavallée, C. (1990). *Lifestyles and physical activity among the James Bay Cree*. Department of community health. Montreal General Hospital: 51.
- Lawn, J., & Langner N. (1994). *Air stage subsidy monitoring program, final report. (Volume 2: Food consumption)*. Ottawa: Department of Indian Affairs and Northern Development.
- Lear, S.A., Toma, M., Birmingham, C.L., & Frohlich, J.J. (2003). Modification of the relationship between simple anthropometric indices and risk factors by ethnic background. *Metabolism*, 52(10), 1295-301.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev*, 5 (suppl1), 4-85.
- Martinez, J.A., Kearney, J.M., Kafatos, A., Paquet, S., & Martinez-Gonzalez, M.A. (1999). Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutr*, 2(1A),125-133.
- McIntyre, L., Connor, S. K., & RWarren, J. (2000). Child hunger in Canada: Results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *CMAJ*, 163, 961-965.
- Must, A., & Strauss, R.S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescents obesity. *Int J Obes*, 23 (supp.2), 2-11.
- Nolin, B. (2006). *Activité physique de loisir : codification et critères d'analyse 2004; système québécois de surveillance des déterminants de la santé*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 10 p. [En ligne]. <http://www.inspq.qc.ca/publications>.
- Nolin, B. et D. Hamel (2005). Les Québécois bougent plus mais pas encore assez. In M. Venne et A. Robitaille (dir.), *l'Annuaire du Québec 2006*. Montréal : Fides. [En ligne]. <http://www.inspq.qc.ca/publications>.
- Nolin, B., G. Godin et D. Prud'homme (2000). Activité physique (chapitre 7). In C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et al. *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Organization mondiale de la santé (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO consultation on obesity. Technical Report Series no.894*. Genève.
- Paeratakul, S., White, M.A., Williamson, D.A., Ryan, D.H., & Bray, G.A. (2002). Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obes Res*, 10(5), 345-350.
- Pate, R. R., M. Pratt, M. S. N. Blair, W. L. Haskell, C. A. Macera et al. (1995). Physical Activity and Public health: a Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273:402-407.
- Payette, H., & Shatenstein, B. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 96(Supplément 3), S30-S34.
- Power, E. M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu. *Revue canadienne de santé publique*, 96(3), S42-S48.
- Raine, K. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation au Canada: aperçu et synthèse. *Revue canadienne de santé publique*, 96(3), S8-S15.
- Roberts, R.J. (1995). Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public health*, 109(4), 257-284.

- Santé Canada. (2002). *Document de travail sur l'insécurité alimentaire individuelle et des ménages - Partie 3: mesurer l'insécurité alimentaire*. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, gouvernement du Canada. [En ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/pol/food_insecurity-insecurite_aliments-table2_f.html (retrieved 2002).
- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. [En ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids>.
- Santé Québec. Daveluy, C.; Bertrand, L. (dir.) (1998). *L'alimentation des Cris - Un état de situation : Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie-James 1991 : Consommation alimentaire et apports nutritionnels*. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Santé Québec. Daveluy, C., Lavallé, C., Clarkson, M., & Robinson, E. (dir.) (1994). *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*. Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Shephard, R. J. (1994). *Aerobic Fitness and Health*. Champaign, IL, Human Kinetics, pp. 132-136.
- Statistique Canada. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.1*. Ottawa : Division de la statistique de la santé. [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle2_1/index_f.htm.
- Statistique Canada. (2005a). *La consommation de fruits et légumes frais, de 1966 à 2003* (Catalogue no 21-020-XIF). Ottawa: gouvernement du Canada.
- Statistique Canada. (2005b). *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)*. Gouvernement du Canada. [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/concepts/nphs/index_f.htm.
- Statistique Canada. (2005c). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Questionnaire pour Cycle 2.1, Janvier 2003 à novembre 2003*. Version révisée juillet 2005. Statistique Canada, pp. 72-74.
- Strauss, R.S. (1999). Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. *Int J Obes*, 23, 904-908.
- Strong, W.B., R.M. Malina et al. (2005), Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146: 732-737.
- Townsend, M.S, Peerson, J., Love, B., Achterberg, C., & Murphy, S.P. (2001). Food insecurity is positively related to overweight in women. *J Nut* ,131(6), 1738- 45.
- Vallianatos, H., Brennand, E.A., Raine, K., Stephen, Q., Petawabano, B., Dannenbaum, D., & Willows, N.D. (2006). Beliefs and practices of First Nation women about weight gain during pregnancy and lactation: implications for women's health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38 (1), 102 - 119.
- Vozoris, NT, & Tarasuk, V.S. (2003). Household food insufficiency is associated with poorer health. *J Nutr*, 133, 120-6.
- Willms, J.D., Tremblay, M.S, & Katzmarzyk, P.T. (2003). Geographic and demographic variation in the prevalence of overweight Canadian children. *Obes Res*, 11, 668-673.
- Willows, N. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada: état actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Revue canadienne de santé publique*, 96(Supplément 3), S36-S41.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS, 1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : U.S.D.H.H.S., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

ANNEXE

Tableau A1

Fréquence de consommation de jus de fruits, de fruits et de certains légumes, population de 12 ans et plus, Iiyiyi Aschii, 2003

Fruits - Légumes / Fréquence de consommation	Aucune fois par jour	1-2 fois par semaine	3-6 fois par semaine	Plus d'une fois par jour
Jus de fruits	10,1	22,4	15,1	52,4
Fruits	4,8*	25,2	22,4	47,6
Salade	28,5	48,4	14,9	8,2
Pommes de terre	6,5	57,2	27,5	8,8
Carottes	19,7	56,5	16,7	7,1
Autres légumes	9,4	40,3	25,5	24,8

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyi Aschii, 2003.

Tableau A2

Catégories regroupant toute l'activité physique^a potentiellement incluse dans une journée

CATÉGORIE	EXEMPLES D'ACTIVITÉS
Activité physique <i>domestique</i> ^b	Se laver, habiller les enfants, passer l'aspirateur, bricoler, pelleter, faire le marché, etc.
Activité physique de <i>travail</i> ^b (l'occupation principale)	Classer du matériel, faire le service aux tables, transporter des colis, pelleter de la terre, etc.
Activité physique de <i>transport</i>	Se rendre au travail à pied, se rendre à l'école à bicyclette, aller chez un(e) ami(e) en patins à roulettes, etc.
Activité physique de <i>loisir</i> ^c	Aller marcher, se promener à bicyclette, jouer au hockey, faire du conditionnement physique, aller danser, etc.
Activité physique « <i>autres</i> » ^b	Bénévolat et autres activités réalisées dans un contexte différent des quatre premières catégories.

^a Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos (USDHHS, 1996, p. 20).

^b Plusieurs activités de ces trois catégories sont physiquement très semblables ou même identiques. Ce qui les différencie, principalement, est le fait d'être rémunérées ou non rémunérées, ainsi que l'endroit et/ou le contexte dans lequel elles sont pratiquées.

^c Activités physiques pratiquées *durant les temps libres* (sports, conditionnement physique, plein air, etc.).

Adapté de : Nolin, Godin & Prud'homme (2000 : p. 171).

Tableau A3

Trois exemples pour chacun des niveaux d'activité physique de loisir

Niveau	Activité (intensité ^a)	Durée ^b (minutes / jour)	Fréquence ^c (jours / semaine)
Très actif ^d	Marche (rapide)	60	7
	Marche (à pas modéré)	80	7
	Jogging (vitesse modérée)	35	5
Actif ^e	Marche (rapide)	30	7
	Marche (à pas modéré)	40	7
	Jogging (vitesse modérée)	30	3
Moyennement actif	Marche (rapide)	30	4
	Marche (à pas modéré)	40	4
	Jogging (vitesse modérée)	30	2
Un peu actif	Marche (rapide)	30	2
	Marche (à pas modéré)	40	2
	Jogging (vitesse modérée)	30	1
Sédentaire	Toutes	Toutes	Inférieure à 1

^a **Intensité** : aucune vitesse précise (km/h) n'est indiquée car l'effort doit être adapté aux capacités personnelles de chacun, selon son âge, son niveau de condition physique et son état de santé.

^b **Durée** : durée approximative. De plus, cette durée peut être fractionnée en périodes plus courtes (minimum 10 minutes) si la personne préfère cette formule. [Exemple : marche rapide (3 fois/jour, 10 minutes à chaque fois, au lieu de 1 fois/jour, 30 minutes)].

^c **Fréquence (minimum)** : Très actif (5 jours/semaine), Actif (3 jours/semaine), Moyennement actif (2 jours/semaine), Un peu actif (1 jour/semaine).

^d **Très actif** : niveau recommandé chez les 5 à 17 ans.

^e **Actif** : niveau recommandé chez les 18 ans et plus.

Note : plusieurs autres activités sportives, de plein air, de conditionnement physique ou de danse permettent également d'atteindre un niveau donné.

Adapté de : Nolin & Hamel, 2005.

Tableau A4

Utilisation de la marche, comme moyen de transport, selon le niveau des exigences physiques associées au travail ou à l'occupation principale (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Travail ou occupation principale ^a	Marche (transport) : durée hebdomadaire		
	Moins de 1h	1h à 5h59	6h et plus
	%		
Niveau 1	55,2	31,6	13,2*
Niveau 2	37,1	28,5	34,5
Niveau 3	35,0*	25,1*	39,8*

^a Niveaux 1 à 3 : exigences physiques moins élevées à plus élevées.
 * Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A5

Classification, chez les 18 ans et plus^a, de l'indice de masse corporelle (IMC).

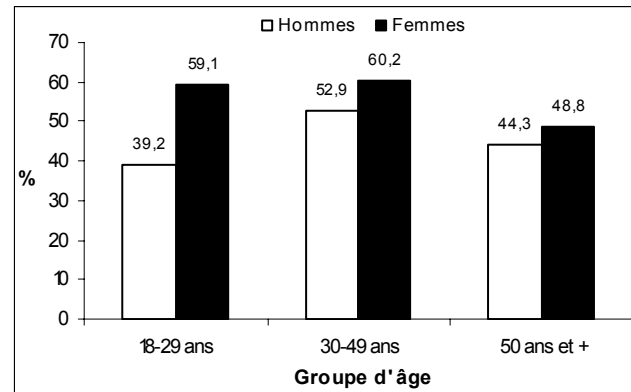
Classification (catégorie)	IMC (kg/m ²)	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre
Excès de poids	25,0 – 29,9	Accru
Obésité Classe I	30,0 à 34,9	Élevé
Obésité Classe II	35,0 à 39,9	Très élevé
Obésité Classe III	≥ 40	Extrêmement élevé

^a Ces valeurs s'appliquent aux hommes et aux femmes. Chez les 12 à 17 ans, la classification de Cole et al. (2000) a été utilisée. Cette dernière comprend seulement trois catégories équivalentes, mathématiquement, à : poids normal ou insuffisant (< 25); surpoids (25 à 29.9) et obésité (≥ 30) chez les 18 ans et plus.

Source : Santé Canada (2003).

Figure A1

Prévalence de l'obésité selon l'âge et le sexe (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A6

Catégories de poids corporel selon le sexe (%), population de 12 à 17 ans (%), Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003

	Poids normal ou insuffisant	Surpoids	Obésité
	%		
Iiyiyiu Aschii			
Tous	52,6	27,6	19,9*
Garçons	58,9	21,0*	20,1*
Filles	44,8	35,7*	19,5*
Reste du Québec			
Tous	81,2	14,7	4,2
Garçons	78,0	7,1	4,9
Filles	84,7	11,9	3,4

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003.

Tableau A7

Évolution des catégories de poids corporel selon l'âge (%), chez les Cris seulement, population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 1991 et 2003

Groupe d'âge	Poids normal ou insuffisant		Surpoids		Obésité	
	1991	2003	1991	2003	1991	2003
Total	23,4	12,6	37,3	32,5	39,4	54,8
Groupe d'âge	%					
18-24 ans	34,5	27,1*	37,9	27,9	27,6	45,0
25-44 ans	20,4	11,8*	37,4	29,2	42,2	59,0
45-64 ans	12,2*	NP	33,0	39,3	54,8	55,7
65 ans et +	NP	NP	47,7*	41,0*	NP	47,5

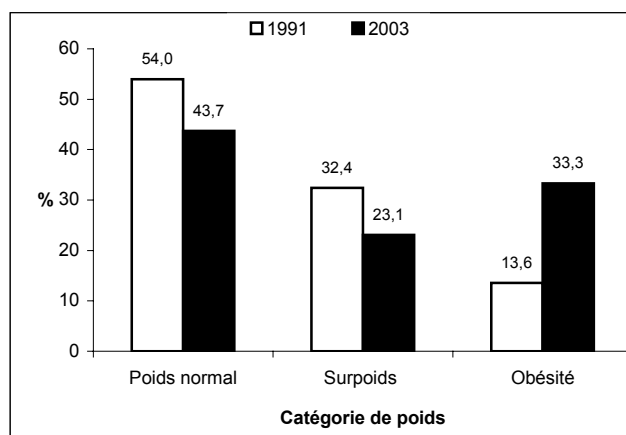
* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

NP Donnée non publiée (CV > 33,3 % ou moins de 10 répondants).

Sources : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003 et Enquête Santé Québec - Iiyiyiu Aschii, 1991.

Figure A2

Évolution des catégories de poids corporel (%), chez les Cris seulement, population de 15 à 19 ans, Iiyiyiu Aschii, 1991 et 2003



Sources : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003 et Enquête Santé Québec - Iiyiyiu Aschii, 1991.

Tableau A8

Catégories de poids corporel selon le niveau d'activité physique de loisir (%), population de 18 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003.

Niveau	Catégories de poids			
	Insuffisant	Normal	Surpoids	Obésité
	%			
Actif	NP	23,9	37,2	38,8
Moyennement ou un peu actif	NP	12,4	31,1	55,8
Sédentaire	NP	8,6*	30,0	60,7

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

NP Donnée non publiée (CV > 33,3 % ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1- Iiyiyiu Aschii, 2003.