

Chapitre 5

Alimentation et poids corporel

Bryna Shatenstein
Sylvie Nadon

Centre de recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Introduction

Les habitudes alimentaires reflètent les attitudes, les croyances et les expériences qui contribuent à la vie collective d'une population. Elles sont influencées par le coût et la disponibilité des aliments, l'identité ethnique et culturelle et parfois, les croyances religieuses. Les immigrants arrivent avec leur propre culture alimentaire. Cette dernière est parfois perturbée par des changements sociaux, économiques ou personnels reliés à l'immigration.

Les objectifs, pour ce volet de l'étude, étaient les suivants :

1. connaître les perceptions des populations visées par l'étude sur la qualité de leur alimentation;
2. connaître les perceptions sur la suffisance alimentaire;
3. connaître les perceptions sur le poids corporel;
4. explorer, à titre indicatif et de manière qualitative, certaines pratiques alimentaires qui font l'objet d'une attention particulière dans les programmes de nutrition au Québec.

L'alimentation pourrait se voir comme un élément culturel influencé par des facteurs nombreux qui agissent seuls ou ensemble (Nichter, 1986), ainsi reflétant leur développement au cours de la vie selon les expériences acquises (Barer-Stein, 1979; Dorais, 1994). L'appui et le renforcement mutuel de l'identité culturelle et ethnique et des habitudes alimentaires sont d'ailleurs bien connus (Carlsson et autres, 1984). Par exemple, historiquement, chaque culture a eu ses propres aliments de base, généralement un féculent tel que le riz, le maïs ou la

farine de blé. Dans la plupart des cultures, des modes d'alimentation traditionnels sont transmis aux enfants de la communauté pour que chaque génération subséquente connaisse ce que l'on considère comme un « aliment » (Jenner, 1973). Pour leur part, les restrictions alimentaires religieuses sont apparues graduellement dans un esprit visant la prévention du mal moral, psychologique et physique. Lorsqu'il y a des interdictions sur la consommation de certains aliments, les aliments proscrits sont généralement d'origine animale (Shatenstein et Ghadirian, 1998).

L'alimentation sert donc à beaucoup plus que la simple survie. Les aliments offrent du plaisir, du réconfort et de la sécurité et ils jouent un rôle symbolique par rapport à l'état social. Ce qu'on décide de manger, comment on le prépare et le sert, et même *comment* on le mange (avec une fourchette, des baguettes ou les doigts), sont tous des facteurs déterminés par l'héritage culturel de chaque individu.

Toutefois, adhérer aux croyances spécifiques dans le cadre d'un contexte culturel donné pourrait être relié à des caractéristiques de santé positives ou négatives. Les habitudes alimentaires des groupes culturels sont associées aux différences de prévalence, d'incidence et de mortalité liées aux maladies observées dans des populations différentes (Armstrong et autres, 1983; Keys et autres, 1984; Kromhout et Coulander, 1984; McGee et autres, 1984; Shaper, 1987; Thouez et Ghadirian, 1988; Whittemore et autres, 1990; Savage et Harlan, 1991; Ghadirian et autres, 1992). De cette façon, des facteurs alimentaires et nutritionnels contribuent à plusieurs conditions médicales associées à des différences dans l'état de santé des populations. Bien que la capacité à clarifier ces facteurs et leurs

rôles respectifs soit encore limitée parce que peu d'études en épidémiologie nutritionnelle ont comparé des groupes spécifiques sur des attributs similaires (Kumanyika, 1993), de telles études contribueraient grandement à la compréhension de l'importance et de l'interaction des facteurs donnant lieu aux risques accrus de maladie (Savage et Harlan, 1991; Sheth et autres, 1999).

- Migration

Très souvent, des changements de mode de vie suivent la migration. Des changements alimentaires accompagnés d'une prise de poids pourraient en outre être associés aux variations dans les taux de maladies (Savage et Harlan, 1991). Puisqu'il est bien connu que parmi les immigrants les schémas de mortalité sont influencés par ceux de leur pays natal et de leur pays d'adoption, l'étude des déterminants des comportements alimentaires et sanitaires fournira des données permettant de comprendre les conséquences interactives des influences sociales, environnementales et biologiques sur la prévalence et les conséquences des maladies chez les immigrants (Sheth et autres, 1999). En Amérique du Nord comme en Europe, il y a eu des vagues de migration accélérées au cours des 20 à 25 dernières années, où on voit des groupes culturels provenant des pays d'Afrique, de l'Inde, de l'Asie du sud-est et du Proche-Orient, parmi d'autres, migrant dans les pays occidentaux. La prolifération et la consommation des aliments dits « ethniques », de même que les mets plus typiques dans la plupart des villes d'Amérique du Nord, témoignent de l'influence culinaire de plusieurs cultures dans la société occidentale actuelle (Mauger, 1994). Toutefois, des études alimentaires en Amérique du Nord viennent tout juste de commencer à explorer systématiquement les attributs alimentaires des groupes minoritaires, tels que les Noirs, les Hispanophones ou les peuples autochtones (Murphy et autres, 1990; Kant et autres, 1991; Wein et autres, 1992; Santé Québec, 1994; Wein, 1994).

- Acculturation alimentaire

Puisque les aliments ont un potentiel symbolique comme identificateur ethnique, les schémas

alimentaires des membres d'un groupe culturel tendent vers le conservatisme; les aliments particuliers servant à les identifier restent vraisemblablement le dernier vestige de leur identité culturelle (Goode et autres, 1984a; Shatenstein et autres, 1992; 1993a, b). Lorsque les membres d'un groupe ethnique sont relativement fermés à la migration vers l'extérieur du groupe ou au mariage mixte avec un non-membre, la transmission et le renforcement du système alimentaire continuent par le biais des enfants et des interactions sociales (Goode et autres, 1984b).

À l'inverse, le phénomène de modification ou d'acculturation alimentaire postmigratoire comprend des substitutions, des ajouts, ou des choix d'aliments différents de ceux consommés traditionnellement. La plupart des immigrants retiennent toutefois certains aliments traditionnels, bien que d'autres soient exclus et d'autres, non traditionnels, adoptés. Très souvent, le repas du soir est le dernier repas à se modifier puisqu'il reste le plus traditionnel des repas. Les changements alimentaires sont reliés à la durée d'exposition de l'immigrant à son nouvel environnement, à sa connaissance de la nouvelle langue, à ses contacts sociaux avec des gens de la nouvelle culture, à son degré d'implication dans les activités et les programmes éducatifs. Les plus jeunes immigrants et les hommes (les femmes ayant plus d'expérience dans la préparation des plats traditionnels) changent plus rapidement leurs habitudes alimentaires (Kronld, 1989; Kronld et Lau, 1993; Pan et autres, 1999).

- Poids corporel

L'anthropométrie nutritionnelle se base sur les mesures des variations des dimensions physiques chez l'humain ainsi que sur la composition corporelle à des niveaux d'âge et de nutrition différents (Jelliffe, 1966). De telles mesures servent fréquemment dans l'évaluation de l'état nutritionnel puisqu'elles s'avèrent des techniques simples et non effractives, facilement appliquées par un personnel formé utilisant des procédures standardisées; en même temps elles s'appliquent à de grands groupes de sujets (Gibson, 1990). Le poids corporel et la taille sont les deux mesures les plus fréquemment obtenues. Bien que des maladies ou des facteurs génétiques

puissent réduire la sensibilité ou la spécificité de ces mesures, elles s'avèrent très utiles dans la surveillance de la composition corporelle chez des individus et des groupes (Gibson, 1990).

Ainsi, la surveillance de la composition corporelle des groupes permet de détecter la proportion d'individus ayant un poids acceptable pour la santé. La présence de surplus de poids et d'obésité est préoccupante parce qu'elle augmente le risque de souffrir de plusieurs maladies, particulièrement les maladies cardiovasculaires et le diabète (Santé et bien-être social Canada, 1988). Des problèmes de santé sont aussi associés à l'insuffisance de poids, à la perte de poids et à l'observance de régimes amaigrissants non appropriés car des carences alimentaires, de la fatigue chronique, de l'hypertension et des troubles du rythme cardiaque peuvent en résulter (Santé et bien-être social Canada, 1988).

L'indice de masse corporelle (IMC), une mesure éprouvée de la relation entre le poids et la santé, se calcule en utilisant le poids corporel et la taille (Santé et bien-être social Canada, 1988). L'IMC est une mesure directe de l'adiposité pour la majorité de la population (Calle et autres, 1999). Un IMC élevé est associé à une augmentation du risque de mortalité, surtout chez les gens qui n'ont jamais fumé et ceux qui n'ont pas d'antécédents médicaux (Calle et autres, 1999; Stevens et autres, 1998). Cependant, cette relation entre l'IMC et la mortalité diminue avec l'augmentation de l'âge (75 ans et plus) (Stevens et autres, 1998). Aussi, un IMC faible est associé à une augmentation de la mortalité parmi les fumeurs et les gens ayant des antécédents médicaux (Calle et autres, 1999).

Étant donné que l'Organisation mondiale de la santé (1997) rapporte une évolution pondérale ascendante dans toutes les régions du monde, il s'avère intéressant de vérifier où se situe le poids corporel des populations d'immigrants récents au Québec.

- Perception du poids

Selon Santé et bien-être social Canada (1988), « les exigences sociales relatives au poids ont entraîné une condamnation systématique de l'excès de poids dans notre culture. » C'est pourquoi des femmes et des jeunes filles en particulier sont obsédées par leur poids et des normes morphologiques irréalistes. Cette obsession de la minceur peut avoir de graves conséquences, soit une image corporelle négative ou déformée, des restrictions et des troubles de comportement alimentaires (Santé et bien-être social Canada, 1988). Des questions sur le désir de changer de poids sont pertinentes dans le cadre d'une étude sur les communautés culturelles, car plusieurs chercheurs mentionnent que la perception de l'image corporelle varie d'un groupe ethnique à un autre (Altabe, 1998; Ogden et Elder, 1998; Miller et autres, 2000; Demarest et Allen, 2000; Fitzgibbon et autres, 2000). D'ailleurs, Demarest et Allen (2000) font remarquer qu'il y a une plus faible incidence de problèmes de comportement alimentaires parmi les femmes de communautés culturelles ayant une image corporelle plus réaliste et positive.

5.1 Aspects méthodologiques

5.1.1 Indicateurs

Les questions et indices utilisés dans le présent chapitre proviennent de la section II du questionnaire autoadministré (QAA) portant sur le poids et l'image corporelle (QAA2 à QAA5) et de la section III, portant sur la consommation alimentaire, la perception des habitudes alimentaires, l'influence de la religion sur l'alimentation et la consommation de repas « commerciaux » préparés à l'extérieur de la maison (QAA6 à QAA10). Ils relèvent aussi de la section IX du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI), couvrant les aspects reliés à l'insécurité alimentaire, les perceptions concernant l'accès aux aliments « convenables » et les gras utilisés dans l'alimentation habituelle (QRI72 à QRI76). Les questions du QAA s'adressent aux personnes de 15 ans et plus et celles du QRI portent sur l'ensemble des individus visés du ménage.

▪ Consommation alimentaire

L'étude du schéma total de consommation alimentaire permet de tenir compte des facteurs alimentaires interreliés et s'avère plus utile que l'examen de la contribution des éléments ou composantes nutritifs individuels aux maladies chroniques (Huijbregts et autres, 1997). Le Guide alimentaire canadien (GAC) recommande une alimentation équilibrée et variée basée sur la consommation journalière des aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC : pains et céréales, viandes et substituts, fruits et légumes, produits laitiers (Santé et bien-être social Canada, 1992). Un questionnaire de fréquence alimentaire (QF) non quantitatif a été développé pour l'étude (QAA10), suivant un modèle de questionnaire général de type « Block » (Block et autres, 1986), afin de permettre de connaître la fréquence habituelle de consommation de neuf regroupements d'aliments ciblés. Six catégories de fréquence de consommation possible ont été employées, allant de « jamais » à des fréquences par semaine (soit moins de 1 fois, de 1 à 3 fois, de 4 à 6 fois par semaine) ou par jour (soit 1 fois par jour, 2 fois par jour ou plus). La liste des aliments a été construite à partir de catégories d'aliments généralement connus dans l'alimentation typique de chacune des communautés visées par l'étude, afin de repérer la consommation d'items provenant de tous les groupes alimentaires, ainsi que des aliments « autres » (soit les sucreries). Il s'agit de différents pains et céréales, des viandes et de leurs substituts, des fruits et légumes et de différents produits laitiers. Pour faciliter la compréhension, quelques exemples d'aliments types ont été fournis dans chaque catégorie d'aliments. Il faudrait toutefois noter que puisqu'un QF « générique » devait être complété dans chacune des quatre communautés visées, la liste alimentaire ne pouvait pas préciser des aliments ou plats culturels particuliers à chacune des communautés culturelles.

Ensuite, la consommation d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC a été déterminée par la création de quatre indices portant sur chacun des groupes alimentaires du GAC, soit les pains et céréales; les viandes et substituts; les fruits et légumes

et les produits laitiers. Les indices ont été construits en additionnant les fréquences rapportées (par jour ou par semaine) de consommation des aliments faisant partie d'un même groupe du GAC. Lorsque la fréquence rapportée était moins de 1 fois par jour, la valeur de l'indice pour ce groupe alimentaire était de 0. Chacun de ces quatre indices était donc dichotomique (0 : consommation < 1fois/jour, 1 : consommation \geq 1 fois par jour).

Ces renseignements alimentaires n'ont pas d'équivalent dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Caractériser la complexité de la consommation alimentaire implique une description de la variété d'aliments, des combinaisons d'aliments, de la fréquence et de la quantité d'aliments consommés ainsi que des éléments nutritifs et non nutritifs qui composent cette alimentation. La qualité de l'alimentation est parfois évaluée selon sa suffisance en certains éléments nutritifs, en la comparant avec les recommandations sur la nutrition (apports adéquats en nutriments, équilibre en lipides et glucides, variété d'aliments, éviter les excès de sel et d'alcool) ou en vérifiant son association avec les risques de maladies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires). Puisque l'on s'attend à ce que l'alimentation de différents groupes culturels soit basée sur une variété d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC, il a été jugé pertinent d'examiner la qualité globale de l'alimentation chez les populations visées par l'étude. Cette stratégie avait déjà été utilisée dans une évaluation de la qualité alimentaire des écoliers palestiniens âgés de 10 à 18 ans vivant à Gaza au Moyen-Orient (Shatenstein et autres, 1996). Pour ce faire, l'indice de diversité alimentaire (IDA) a été adapté (de Kant et autres, 1991). Il a été construit en additionnant les quatre indices représentant la consommation de chacun des quatre groupes alimentaires et varie entre 0 et 4. Pour obtenir un score de 4, il faut consommer au moins un aliment provenant de chacun des quatre groupes alimentaires du GAC chaque jour. Finalement une version dichotomique de l'indice a été créée en recodant l'IDA selon deux niveaux : adéquat (score 4/4) ou inadéquat (score 0-3/4).

Les matières grasses utilisées ont été déterminées par le biais de la question suivante : « Dans votre alimentation habituelle de tous les jours, quelle(s) sorte(s) de gras utilisez-vous? » (QRI76). Après avoir examiné la distribution des réponses à la question, certains gras similaires ont été regroupés et recodés en cinq catégories : huiles monoinsaturées (inclut l'huile d'olive et l'huile d'arachide), autres huiles (inclut l'huile de maïs et les autres huiles végétales), margarine molle, gras durs (inclut la margarine dure, le beurre, le shortening, le saindoux, le gras de bacon et le ghee), vinaigrettes commerciales.

- Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Comme dans l'ESS 1998, la question « Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général excellentes, très bonnes, bonnes, moyennes ou mauvaises? » (QAA6) a fait l'objet de regroupements, laissant ainsi trois catégories pour l'analyse : excellentes/très bonnes, bonnes, moyennes/mauvaises. Cet indice a été examiné pour les populations âgées de 15 ans et plus, ainsi que par sexe et par groupe d'âge; les estimations standardisées pour l'ESS ont permis de comparer les communautés culturelles avec la population québécoise.

D'autres questions ont été posées afin de connaître les perceptions des populations ciblées en ce qui concerne la consommation de sucre, de gras, de sel. Il s'agit de trois questions posées dans le QAA sous la rubrique « Concernant vos habitudes alimentaires... considérez-vous que vous mangez trop sucré pour votre santé? (QAA7a), trop gras pour votre santé? (QAA7b), trop salé pour votre santé? » (QAA7c). Les réponses possibles étaient oui, non, ne sait pas. Ces questions n'avaient pas d'équivalent dans l'ESS 1998.

- Provenance des repas

Tout comme dans l'ESS 1998, afin d'évaluer la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des sept jours ayant précédé la collecte de données, trois questions, l'une portant sur le fait d'avoir consommé des repas achetés congelés (QAA9a), la deuxième sur les repas livrés à la maison ou à emporter chez soi (QAA9b) et la dernière

sur les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte – excluant les repas apportés de la maison (QAA9c) – ont été posées. Un indice portant sur la consommation de repas commerciaux a été construit à partir des réponses affirmatives à ces trois questions afin d'examiner les estimations provenant des communautés culturelles et de l'ESS 1998, standardisées.

- Influence de la religion sur les choix alimentaires

Puisque la religion se retrouve parmi les facteurs culturels pouvant influencer l'alimentation, une question visant le lien entre la religion et l'alimentation a été posée : « Vos habitudes alimentaires sont-elles influencées par votre religion? » (QAA8). Compte tenu des faibles fréquences aux valeurs positives de l'indice (beaucoup, un peu), les réponses à ces deux catégories ont été regroupées en « oui », contre « non » et « ne s'applique pas ».

- Insécurité alimentaire

Puisque l'insécurité alimentaire des ménages est une problématique préoccupante par rapport à l'alimentation, et vu que cette dernière est parfois étroitement liée aux moyens financiers (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), la question suivante a été posée (QRI72) : « Estimez-vous que les revenus de votre ménage sont suffisants pour vous assurer une bonne alimentation (en quantité et en qualité)? » Compte tenu des faibles fréquences aux extrémités de l'indice, les réponses « toujours » ou « généralement » ont été recodées en « oui » et celles « parfois » ou « jamais » ont été recodées en « non ». Lors de l'ESS 1998, des questions différentes ont été posées afin d'examiner l'ampleur de l'insécurité alimentaire, ce qui ne permet pas de comparaisons entre les communautés culturelles et le Québec.

- Perception sur l'accès alimentaire

On a également exploré les perceptions des immigrants récents quant à leur capacité de se procurer facilement des aliments acceptables dans leur pays d'accueil, pour ce qui est du coût, du goût et de la santé. Ces trois questions ont été posées sous la rubrique générale

« Trouvez-vous **facilement** ce qu'il faut pour assurer, à vous et à votre famille... » (QRI73 : Une alimentation à coût raisonnable? QRI74 : Une alimentation qui correspond à vos goûts? et QRI75 : Une alimentation qui favorise la santé?). Les réponses « toujours, généralement » ont été regroupées en « oui », tandis que les réponses « parfois, jamais » ont été regroupées en « non ». Afin d'examiner le nombre de perceptions sur l'accès alimentaire qui seraient problématiques au sein des populations visées par l'étude, un indice sommaire a été créé, en additionnant les trois réponses préalablement recodées en valeurs dichotomiques (0 = non, 1 = oui). Cet indice peut varier entre 0 et 3 où un score de 3 indique une capacité de se procurer des aliments nettement acceptables.

- Poids corporel

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé en faisant le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille (en mètres) [poids (kg)/taille (m²)]. Le poids (QAA3) et la taille (QAA2) sont des mesures autorapportées.

Par la suite, l'IMC a été comparé avec les normes suggérées par Santé et bien-être social Canada (1988). Ces normes ont été développées pour classer le poids des individus de 20-64 ans en bonne santé. Elles ne s'appliquent pas aux individus en stade de croissance (enfants, adolescents), ni aux femmes enceintes ou allaitant. Les résultats portant spécifiquement sur l'IMC sont donc présentés pour les immigrants âgés de 18 ans et plus; de plus, les femmes enceintes ou allaitant ont été exclues de l'ensemble des résultats portant sur l'IMC. L'IMC comporte des limites, il ne permet pas de distinguer les personnes qui font de l'embonpoint des personnes à forte musculature. Quatre catégories d'IMC ont été produites : IMC inférieur à 20 (poids faible), IMC entre 20 et 25 (poids santé), IMC entre 26 et 27 (embonpoint) et IMC supérieur à 27 (obésité).

- Image corporelle

Un indice a été produit à partir du poids corporel, du désir de changer de poids et du poids désiré. Cet indice

a été examiné par sexe et par catégorie d'IMC. Comme l'image corporelle des adolescentes est parfois problématique, les résultats portent sur la population âgée de 15 ans et plus. Puisqu'il y avait peu d'effectifs au sein des communautés culturelles dans la catégorie de la distribution de IMC supérieur à 27, elle a été regroupée avec la catégorie IMC entre 26 et 27, pour en faire IMC plus grand ou égal à 26. L'IMC est comparable avec l'ESS 1998 et les estimations provenant des communautés culturelles sont comparées avec les estimations pour le Québec standardisées.

5.1.2 Comparabilité avec l'Enquête sociale et de santé 1998

Les questions portant sur les perceptions de la qualité des habitudes alimentaires, la consommation de repas commerciaux et le poids corporel permettent d'effectuer des comparaisons avec l'Enquête sociale et de santé 1998. Les autres questions n'ont pas d'équivalent dans l'ESS.

5.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 10 % sauf pour les questions QAA7A (13,5 %), QAA7B (13,7 %) et QAA7C (14,4 %), ainsi que l'IDA (15,3 %). D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de classe d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, les non-répondants partiels à la question QAA7B ne sont pas différemment caractérisés des répondants de façon significative.

Cependant, toute proportion gardée, les non-répondants partiels à l'IDA sont plus souvent des gens de 45 ans et plus et appartiennent à une communauté autre que celle originaire des pays arabophones. Quant aux non-répondants partiels aux questions QAA7A et QAA7C, ce sont plus souvent des hommes; en ce qui concerne la question QAA7A, ils sont aussi plus fréquemment âgés de 25-44 ans.

5.2 Résultats

5.2.1 Consommation alimentaire habituelle

- Alimentation usuelle : groupes d'aliments consommés

Le tableau 5.1 porte sur la fréquence de consommation des regroupements alimentaires. Dans l'ensemble, environ 39 % de la population visée consomme des céréales à grains entiers de 1 à 6 fois par semaine, tandis que près de 35 % le font au moins 1 fois par jour. Une proportion plus élevée consomme des grains provenant des céréales raffinées au moins 1 fois par jour, par rapport aux grains entiers (quelque 44 % c. 35 %). Parmi les communautés culturelles visées dans leur ensemble, quelque 13 % rapportent une consommation journalière de légumineuses. En ce qui concerne les protéines animales, environ 36 % de la population visée rapporte une consommation journalière, et près de 55 % en consomment de 1 à 6 fois par semaine. Dans l'ensemble, environ 58 % mangent des fruits et légumes au moins 1 fois par jour. Quelque 43 % boivent du lait (de vache ou de chèvre, excluant le lait de soja) au moins 1 fois par jour, tandis que 30 % en prennent à raison de 1 à 6 fois par semaine et 27 % n'en consomment que très peu fréquemment, soit moins de 1 fois par semaine. Près de 42 % des membres des communautés étudiées consomment du yogourt entre 1 et 6 fois par semaine. Dans l'ensemble, environ 47 % consomment des fromages de 1 à 6 fois par semaine.

Le tableau 5.1 indique aussi que les aliments sucrés ne semblent pas être consommés très fréquemment par les populations visées par cette étude. Dans l'ensemble, environ 50 % mangent des sucreries moins de 1 fois par semaine et environ 14 % seulement en consomment au moins 1 fois par jour. Lorsqu'on examine les réponses concernant cette catégorie d'aliments, il faut tenir compte du fait que les gens ont tendance à sous-rapporter les aliments qu'ils considèrent moins bons pour la santé.

En examinant les estimations dans chaque catégorie de regroupements alimentaires, on peut constater que les

divers sous-groupes ont des schémas alimentaires qui leur sont propres.

Parmi les Chinois, une proportion élevée mange des céréales raffinées (78 %), des protéines animales (62 %), des fruits et légumes (79 %) au moins 1 fois par jour; près des deux tiers consomment des légumineuses (protéines végétales) de 1 à 6 fois par semaine. Les yogourts (68 % en prennent moins d'une fois par semaine) et les fromages (76 % en consomment moins d'une fois par semaine) ne sont pas fréquemment consommés par la majorité, bien que le lait semble régulièrement consommé (1 fois par jour ou plus) par environ 38 % d'entre eux.

Chez les Haïtiens, la plupart des aliments couverts par les regroupements sont consommés de 1 à 6 fois par semaine par près de la moitié de la population. Une proportion significativement plus restreinte a indiqué une consommation quotidienne pour chacun des groupes d'aliments faisant l'objet du questionnaire.

Selon les réponses au questionnaire de fréquence alimentaire, la population provenant du Maghreb et du Moyen-Orient a présenté un portrait alimentaire plus difficile à cerner. Pour une forte proportion, on constate une consommation de fruits et légumes (63 %) et de lait (44 %) au moins d'une fois par jour, et de protéines animales (60 %), de yogourts (48 %) et de fromages (55 %) de 1 à 6 fois par semaine. Près de 79 % des membres de cette communauté consomment des céréales raffinées, soit à tous les jours ou de 1 à 6 fois par semaine. Il est surprenant de constater qu'environ 50 % de cette communauté a indiqué consommer des légumineuses moins d'une fois par semaine, compte tenu des plats typiques de ces régions.

Chez la population originaire de pays hispanophones, 45 % à 50 % environ ont rapporté une consommation quotidienne de grains entiers, de fruits et légumes et de lait et entre 43 % et 58 % ont une fréquence de consommation variant de 1 à 6 fois par semaine de céréales raffinées, de légumineuses, de protéines animales et de fromages.

Tableau 5.1

Fréquence de consommation de différents groupes d'aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Moins d'une fois par semaine	1 à 6 fois par semaine	1 fois ou plus par jour
%			
Chine			
grains entiers	40,6	34,3	25,1
céréales raffinées	2,6**	19,7	77,7
légumineuses	24,5	63,9	11,6*
protéines animales	6,7*	31,6	61,7
fruits et légumes	1,9**	19,1	79,0
laits	29,4	32,4	38,2
yogourts	67,6	25,4	7,0*
fromages	76,2	19,9	3,8**
sucrieries	43,5	45,3	11,2*
Haïti			
grains entiers	31,2	46,8	22,1
céréales raffinées	13,9*	53,6	32,4
légumineuses	22,2	50,5	27,3
protéines animales	7,3*	56,0	36,7
fruits et légumes	6,4*	55,4	38,2
laits	19,8	43,2	37,0
yogourts	36,9	40,5	22,6
fromages	37,9	44,0	18,1
sucrieries	58,9	30,8	10,3*
Maghreb et Moyen-Orient			
grains entiers	28,5	35,6	35,9
céréales raffinées	21,1	37,1	41,8
légumineuses	50,2	41,6	8,2*
protéines animales	10,9*	59,8	29,3
fruits et légumes	3,4**	33,8	62,8
laits	30,0	26,1	43,9
yogourts	21,5	48,2	30,3
fromages	12,3*	54,9	32,7
sucrieries	45,8	35,8	18,4
Pays hispanophones			
grains entiers	13,0	42,3	44,7
céréales raffinées	16,0	46,1	37,9
légumineuses	43,4	43,0	13,6
protéines animales	7,8*	57,9	34,3
fruits et légumes	5,0*	45,6	49,4
laits	22,5	28,8	48,8
yogourts	41,3	37,4	21,3
fromages	26,7	47,8	25,5
sucrieries	57,9	35,3	6,8*
Total			
grains entiers	26,7	38,7	34,6
céréales raffinées	16,3	39,4	44,3
légumineuses	40,9	46,3	12,8
protéines animales	9,1	54,8	36,1
fruits et légumes	4,0*	37,6	58,4
laits	26,6	30,1	43,2
yogourts	34,6	41,5	23,9
fromages	28,1	46,9	25,0
sucrieries	50,2	36,3	13,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Diversité alimentaire

Le tableau 5.2 présente la consommation journalière des aliments provenant des quatre groupes du GAC. Ainsi, pour l'ensemble des communautés environ 64 % consomment des produits céréaliers au moins 1 fois par jour. Cette proportion varie entre environ 81 % chez les Chinois et près de 48 % chez les Haïtiens. Environ 44 % de la population visée consomme des viandes et substituts au moins 1 fois par jour, soit près de 69 % chez les Chinois. Pour ce qui est des fruits et légumes, environ 58 % de l'ensemble des communautés visées par l'étude disent en consommer à raison d'une fois par jour ou plus, soit quelque 79 % des Chinois et seulement 38 % des Haïtiens. Dans l'ensemble, près de 61 % rapportent une consommation quotidienne de produits laitiers, mais environ 41 % seulement de la population chinoise visée en fait autant.

- Indice de diversité alimentaire (IDA)

La distribution des scores à l'IDA est présentée dans le tableau 5.3. Moins du quart de la population visée (22 %) a obtenu un score de 4 sur 4 indiquant une alimentation adéquate sur le plan de la diversité. Cette proportion est d'environ 28 % chez les Chinois. Près de 20 % de l'ensemble de la population visée n'a obtenu qu'un score de 2 sur 4, ce qui indique des lacunes potentielles pour ce qui est de la diversité dans l'alimentation quotidienne. Environ 78 % de la population visée aurait donc une alimentation possiblement inadéquate (score entre 0 et 3) sur le plan de la diversité alimentaire, dont 14 % avec un score de 0. Le calcul des indices faisant partie du score à l'IDA reflète donc des fréquences de consommation rapportées par ces répondants qui sont inférieures ou supérieures au seuil établi de « au moins 1 fois par jour ». L'étude n'a pas observé de différences significatives lorsque ce score a été examiné pour chaque population par groupe d'âge et par sexe.

Tableau 5.2

Consommation 1 fois par jour ou plus des aliments provenant des quatre groupes alimentaires du Guide alimentaire canadien selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Groupes alimentaires			
	Produits céréaliés	Viandes et substituts	Fruits et légumes	Produits laitiers
	%			
Chine	81,2	68,7	79,0	40,8
Haïti	48,3	51,1	38,2	54,5
Maghreb et Moyen-Orient	65,0	34,1	62,8	68,8
Pays hispanophones	61,1	43,7	49,4	59,6
Total	63,6	43,7	58,4	60,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.3

Indice de diversité alimentaire (IDA) selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Score à l'IDA				
	0	1	2	3	4
	%				
Chine	9,7 *	6,7 *	16,4	39,7	27,5
Haïti	22,5	20,6	18,8	16,8 *	21,3
Maghreb et Moyen-Orient	12,6 *	14,9 *	20,6	29,9	21,9
Pays hispanophones	16,1	18,5	21,2	23,1	21,0
Total	14,4	15,5	20,0	27,7	22,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Matières grasses utilisées

Les communautés visées rapportent l'utilisation de différents types de matières grasses dans des proportions variant de l'une à l'autre (tableau 5.4). Ce résultat n'est pas surprenant lorsque l'on considère les différences entre ces communautés pour ce qui est de l'alimentation traditionnelle et des modes préférés de préparation des aliments. Par exemple, par rapport à l'ensemble des communautés culturelles visées, une proportion plus élevée de personnes en provenance

des pays arabophones rapporte l'utilisation de huiles monoinsaturées (88 % c. 66 %) tandis qu'une proportion plus faible de Chinois utilise la margarine molle (27 % c. 46 %) ou les gras durs (40 % c. 65 %). Les matières grasses consommées par une forte majorité de la population visée (89 %) sont les « autres huiles », suivies par les huiles monoinsaturées (environ 66 %) et les gras durs (65 %), la margarine molle (46 %) et les vinaigrettes commerciales (33 %).

Tableau 5.4

Matières grasses utilisées selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Matières grasses utilisées				
	Huiles monoinsaturées	Autres huiles	Margarine molle	Gras durs	Vinaigrettes commerciales
	%				
Chine	39,5	91,1	26,8	40,4	35,8
Haïti	35,6	86,2	59,5	58,5	30,1
Maghreb et Moyen-Orient	87,9	89,5	40,6	77,8	32,5
Pays hispanophones	57,5	88,3	57,0	59,5	33,8
Total	66,0	89,0	45,5	65,3	32,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

- Consommation de repas commerciaux

Le tableau 5.5 présente la consommation de repas commerciaux par les quatre communautés visées par l'étude. Dans l'ensemble, il y a une proportion moins élevée des immigrants visés qui consomment des repas préparés à l'extérieur de la maison, comparativement aux estimations standardisées pour le Québec (34 % c. 49 %). Cette assertion se confirme lorsqu'on compare les estimations de chacune des communautés culturelles visées avec les estimations pour le Québec standardisées en fonction de la population en question (données non présentées).

Tableau 5.5
Consommation de repas commerciaux selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	%
Chine	25,6
Haïti	29,9
Maghreb et Moyen-Orient	35,6
Pays hispanophones	38,3
Total – Communautés culturelles	34,0
Québec 1998 (données standardisées)	48,9

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

5.2.2 Perceptions

- Qualité des habitudes alimentaires

Le tableau 5.6 présente l'opinion des groupes visés par l'étude quant à leurs propres habitudes alimentaires. Dans l'ensemble, ces groupes sont proportionnellement plus nombreux à avoir une moins bonne opinion de leur alimentation que l'ensemble des Québécois (données standardisées). On constate que 21 % considèrent avoir de moyennes/mauvaises habitudes alimentaires comparativement à 16 % au sein de la population québécoise en général. Cette constatation est surtout évidente lorsque l'on compare l'estimation pour les Chinois avec les estimations pour le Québec standardisées pour cette communauté : seulement 29 % d'entre eux considèrent leurs habitudes alimentaires excellentes ou bonnes comparativement à 39 % au Québec, et 42 % c. 16 % (Québec, données standardisées) jugent que leurs habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises. Parmi les Haïtiens, quelque 21 % rapportent que leur alimentation est d'une qualité moyenne ou mauvaise alors que les estimations pour le Québec standardisées pour cette communauté sont de 16 %.

Tableau 5.6
Autoévaluation des habitudes alimentaires selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Opinion de ses habitudes alimentaires		
	Excellentes/ très bonnes	Bonnes	Moyennes/ mauvaises
	%		
Chine	29,4	28,2	42,4
Haïti	38,8	40,4	20,7
Maghreb et Moyen-Orient	38,6	44,1	17,3
Pays hispanophones	34,8	51,6	13,6
Total – Communautés culturelles	36,4	43,1	20,5
Québec 1998 (données standardisées)	37,9	45,7	16,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Certains aspects de l'alimentation

Les proportions de réponses affirmatives aux questions portant sur les perceptions de certaines pratiques alimentaires sont présentées au tableau 5.7. Une proportion à tendance plus élevée de personnes originaires des pays arabophones considère manger trop sucré en comparaison de l'ensemble des communautés visées (24 % c. 20 %), tandis qu'une proportion plus faible de la population haïtienne juge que son alimentation comprend trop de sucre comparativement à l'ensemble des communautés (11 % c. 20 %). En ce qui concerne la perception liée à la consommation de corps gras, on observe que les estimations sont similaires au sein de chacune

des communautés, soit environ 18 % dans l'ensemble qui considèrent leur alimentation trop grasse. Finalement, comparativement à l'ensemble des communautés visées, une proportion plus élevée de Chinois considèrent qu'ils mangent trop salé (20 % c. 15 %), tandis qu'une proportion plus faible d'Haïtiens sont du même avis (environ 10 % des Haïtiens c. 15 % pour l'ensemble).

5.2.3 Religion et alimentation

La religion semble influencer les choix alimentaires d'environ 39 % des personnes en provenance des pays arabophones (tableau 5.8), comparativement à 24 % pour l'ensemble des communautés visées.

Tableau 5.7

Perceptions de certaines pratiques alimentaires selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	« Concernant vos habitudes alimentaires, considérez-vous que vous mangez trop... pour la santé? »		
	sucré	gras	salé
	%		
Chine	17,0	17,9	20,2
Haïti	11,0 *	16,4	10,0 *
Maghreb et Moyen-Orient	24,2	17,0	14,0 *
Pays hispanophones	17,6	19,0	15,0
Total	19,6	17,5	14,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.8

Influence perçue de la religion sur l'alimentation selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	« Vos habitudes alimentaires sont-elles influencées par votre religion? »		
	Oui	Non	Ne s'applique pas
	%		
Chine	13,4 *	50,3	36,3
Haïti	12,1 *	70,0	17,9
Maghreb et Moyen-Orient	39,2	48,2	12,6 *
Pays hispanophones	6,1 *	66,7	27,3
Total	23,7	56,1	20,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

5.2.4 Insécurité alimentaire

Dans l'ensemble de la population visée, environ 81 % considèrent avoir un revenu suffisamment élevé pour bien s'alimenter (tableau 5.9) et environ 81 % estiment qu'ils obtiennent facilement des aliments à coût raisonnable (tableau 5.10); quelque 84 % disent qu'il est facile de trouver des aliments qui correspondent à leur goût. Enfin, en ce qui concerne leur capacité de trouver facilement des aliments qui favorisent la santé, environ 88 % mentionnent que c'est généralement ou toujours facile.

Selon l'indice global servant à quantifier le nombre de problèmes perçus concernant l'accès alimentaire (tableau 5.11), environ 76 % dans l'ensemble ne perçoivent généralement pas de problèmes pour se procurer des aliments qui leur conviennent. Toutefois, près de 19 % des Haïtiens et environ 14 % des immigrants provenant des pays hispanophones

obtiennent un score de 0 à cet indice : ils estiment donc ne pas avoir d'accès facile à des aliments comblant leurs besoins sur les plans du coût, du goût ou de la santé.

Tableau 5.9
Insécurité alimentaire selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

« Estimez-vous que les revenus de votre ménage sont suffisants pour vous assurer une bonne alimentation (en quantité et en qualité)? »	
	Réponse affirmative %
Chine	97,6
Haïti	62,6
Maghreb et Moyen-Orient	88,0
Pays hispanophones	70,9
Total	81,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.10
Perceptions quant à l'accès aux aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Peut facilement trouver des aliments...		
	À coût raisonnable	Qui correspondent aux goûts	Qui favorisent la santé
	%		
Chine	93,8	89,7	96,6
Haïti	59,5	69,2	76,8
Maghreb et Moyen-Orient	90,6	91,0	93,0
Pays hispanophones	66,9	75,0	80,1
Total	80,8	83,7	88,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 5.11
Perception globale quant à l'accès aux aliments selon la région d'origine, population de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Score ¹ des répondants			
	0	1	2	3
	%			
Chine	1,5 **	3,8 *	7,8 *	86,9
Haïti	19,1	10,6	15,9	54,3
Maghreb et Moyen-Orient	5,5 *	1,1 **	6,6 *	86,8
Pays hispanophones	14,0	10,5	15,0	60,6
Total	9,0	5,1	10,2	75,6

1. Indice construit en additionnant les trois réponses aux questions sur la capacité de se procurer facilement des aliments acceptables dans leur pays d'accueil, sur les plans du coût, du goût et de la santé; il peut varier entre 0 et 3 où un score de 3 indique une capacité de se procurer des aliments nettement acceptables.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

5.2.5 Poids corporel

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant) est présenté dans le tableau 5.12. Lorsqu'on compare les données pour l'ensemble des communautés, selon le sexe, avec les données québécoises standardisées, on observe une différence significative chez les femmes, celles des communautés culturelles présentant un IMC moyen un peu plus élevé que celui des Québécoises dans leur ensemble (soit environ 24,62 c. 24,14).

Tableau 5.12

Indice de masse corporelle (IMC) selon la région d'origine et le sexe, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	IMC moyenne
Chine	
Hommes	22,41
Femmes	21,37
Haïti	
Hommes	24,48
Femmes	26,19
Maghreb et Moyen-Orient	
Hommes	25,87
Femmes	24,75
Pays hispanophones	
Hommes	26,55
Femmes	25,42
Total – Communautés culturelles	
Hommes	25,35
Femmes	24,62
Québec 1998 (données standardisées)	
Hommes	25,61
Femmes	24,14

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Dans le tableau 5.13, lorsqu'on compare avec les données québécoises standardisées, on observe une proportion plus élevée de Chinois (33 % contre 12 %) ayant un IMC inférieur à 20 (poids faible) et une proportion plus faible parmi cette population avec un IMC plus grand ou égal à 28 (obésité) (4 % c. 20 %). Par rapport aux Québécois dans leur ensemble, on trouve chez les immigrants récents d'origine haïtienne une proportion plus élevée qui fait de l'obésité, ayant un IMC plus grand ou égal à 28 (26 % c. 19 %). Enfin, chez les hispanophones, on retrouve des proportions plus faibles dans les catégories IMC inférieur à 25 (poids faible : 8,1 % c. 12 % et poids santé : 48 % c. 57 %) et plus fortes dans les catégories IMC supérieur à 26 (embonpoint) par rapport à la population québécoise (20 % c. 12 % avec un IMC entre 26 et 27 et 25 % c. 19 % avec un IMC plus grand ou égal à 28).

Le tableau 5.14 présente les catégories de l'indice de masse corporelle pour la population de 18 ans et plus, selon le sexe et la région d'origine. Dans chacune des communautés culturelles visées par l'étude, on trouve des proportions plus élevées de femmes que d'hommes avec un IMC inférieur à 20 indiquant un poids faible. De façon générale, les différences entre les hommes et les femmes sont statistiquement significatives pour toutes les catégories d'IMC, sauf parmi les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient. On observe également une proportion plus élevée d'hommes ayant un IMC plus grand ou égal à 26 par rapport aux femmes dans les populations chinoise, originaire de pays arabophones et hispanophone, de même que dans l'ensemble du Québec (données standardisées). Chez la population haïtienne, par contre, il y a une proportion plus élevée de femmes que d'hommes avec un IMC plus grand ou égal à 26.

Tableau 5.13

Indice de masse corporelle en catégories selon la région d'origine, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Catégories de l'IMC			
	IMC < 20	IMC 20-25	IMC 26-27	IMC ≥ 28
	%			
Chine	32,6	58,0	5,6 *	3,8 **
Haïti	11,2 *	52,5	10,0 *	26,3
Maghreb et Moyen-Orient	9,5 *	57,6	11,1 *	21,9
Pays hispanophones	8,1 *	47,7	19,5	24,6
Total – Communautés culturelles	12,7	54,7	12,1	20,4
Québec 1998 (données standardisées)	12,1	56,3	12,3	19,3

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 5.14

Indice de masse corporelle en catégories selon la région d'origine et le sexe, population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Catégories de l'IMC			
	IMC < 20	IMC 20-25	IMC 26-27	IMC ≥ 28
	%			
Chine				
Hommes	23,6	62,3	9,0 **	5,2 **
Femmes	36,7	57,3	3,0 **	3,0 **
Haïti				
Hommes	7,4 **	68,3	7,9 **	16,5 **
Femmes	13,9	40,8	11,7 **	33,6
Maghreb et Moyen-Orient				
Hommes	6,1 **	56,1	14,1 *	23,8 *
Femmes	10,2 **	59,1	9,5 **	21,3 *
Pays hispanophones				
Hommes	2,3 **	45,0	24,7	28,1
Femmes	9,8 *	49,9	15,6 *	24,7
Total – Communautés culturelles				
Hommes	9,6	55,1	14,4	20,8
Femmes	15,8	54,4	9,8	20,0
Québec 1998 (données standardisées)				
Hommes	6,6	55,3	15,8	22,4
Femmes	17,5	57,3	8,9	16,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Image corporelle

La perception du poids est présentée au tableau 5.15 pour la population de 15 ans et plus. Les estimations pour l'ensemble des communautés culturelles visées ressemblent aux estimations pour le Québec standardisées, soit environ 42 % (c. 44 %) qui considèrent leur poids trop élevé, 51 % (c. 50 %) acceptable et 7,1 % (c. 5,4 %) trop faible. Lorsqu'on compare les estimations des Chinois avec les estimations du Québec standardisées pour la communauté chinoise, l'on observe des proportions plus faibles parmi ceux qui considèrent leur poids trop élevé (34 % c. 44 %) et plus grandes parmi ceux qui jugent leur poids trop faible (14 % c. 5,2 %). Chez les Haïtiens, en comparaison des estimations québécoises standardisées pour cette communauté, il y a des

proportions plus faibles considérant leur poids trop élevé (28 % c. 45 %) et des proportions plus grandes jugeant leur poids acceptable (64 % c. 49 %).

L'examen de la perception du poids selon le sexe (tableau 5.16) montre des différences significatives entre les hommes et les femmes de 15 ans et plus dans l'ensemble des communautés culturelles. Pour l'ensemble des communautés, plus de femmes que d'hommes jugent leur poids trop élevé (52 % contre 33 %) tandis que plus d'hommes que de femmes estiment que leur poids est trop faible (10 % contre 3,8 %).

Tableau 5.15

Perception du poids selon la région d'origine, population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	trop élevé	acceptable %	trop faible
Chine	33,6	52,3	14,1
Haïti	27,9	63,9	8,2 *
Maghreb et Moyen-Orient	46,8	47,4	5,9 **
Pays hispanophones	47,3	47,8	4,9 **
Total – Communautés culturelles	42,4	50,5	7,1
Québec 1998 (données standardisées)	44,2	50,3	5,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 5.16

Perception du poids selon la région d'origine et le sexe, population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	trop élevé	acceptable	trop faible
	%		
Chine			
Hommes	25,9	52,8	21,3 *
Femmes	40,9	51,8	7,3 **
Haïti			
Hommes	16,3 *	69,9	13,8 **
Femmes	36,3	59,6	4,1 **
Maghreb et Moyen-Orient			
Hommes	38,9	52,8	8,3 **
Femmes	55,8	41,2	3,0 **
Pays hispanophones			
Hommes	33,3	59,8	7,0 **
Femmes	60,3	36,8	2,9 **
Total – Communautés culturelles			
Hommes	33,2	56,4	10,4
Femmes	51,7	44,6	3,8 *
Québec 1998 (données standardisées)			
Hommes	33,5	57,9	8,5
Femmes	54,6	42,9	2,4

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, au tableau 5.17, on constate des associations statistiquement significatives entre l'image corporelle selon les catégories de l'IMC et les perceptions d'un « poids idéal » pour l'ensemble des communautés culturelles visées par l'étude. On peut observer qu'en général, les proportions de personnes (entre environ 60 % et 77 %) se considérant à un poids acceptable se situent effectivement dans la zone des IMC acceptables (20 à 25). L'image corporelle chez les Chinois semble moins correspondre à leur poids, puisque quelque

65 % se considèrent à un poids trop élevé, et il en va de même chez les Haïtiens, où une proportion d'environ 75 % se considérant à un poids trop faible se situent effectivement dans la zone des IMC acceptables.

Tableau 5.17

Perception du poids selon la région d'origine et la catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus (excluant les femmes enceintes ou allaitant), communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998

	Catégories de l'IMC		
	IMC < 20	IMC 20-25	IMC ≥ 26
	%		
Chine			
Poids trop élevé	11,1 **	65,3	23,6 *
Poids acceptable	34,8	61,7	3,5 **
Poids trop faible	58,7	41,3	0,0
Haïti			
Poids trop élevé	1,9 **	30,2 *	68,0
Poids acceptable	15,3 *	59,0 *	25,7 *
Poids trop faible	16,7 **	75,2	8,1 **
Maghreb et Moyen-Orient			
Poids trop élevé	3,8 **	39,8	56,5
Poids acceptable	7,1 **	77,0	15,9 *
Poids trop faible	45,9 **	54,0 *	0,0
Pays hispanophones			
Poids trop élevé	0,4 **	35,5	64,1
Poids acceptable	9,1 **	60,1	30,7
Poids trop faible	42,8 **	57,2 **	0,0
Total – Communautés culturelles			
Poids trop élevé	4,7 *	40,8	54,5
Poids acceptable	14,9	67,5	17,6
Poids trop faible	47,8	50,8	1,5 **
Québec 1998 (données standardisées)			
Poids trop élevé	2,7	43,7	53,6
Poids acceptable	17,1	67,5	15,3
Poids trop faible	42,7	53,3	4,1 *

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison entre l'ensemble des communautés culturelles et le Québec (données standardisées) ne permet pas de constater de différences marquées. Ce n'est qu'en examinant les proportions pour chacune des communautés, à la lumière des estimations pour le Québec standardisées pour chaque communauté culturelle, que l'on peut constater des différences dans les perceptions des poids selon la catégorie de l'IMC.

Parmi les Chinois, près de 11 % qui considèrent leur poids trop élevé ont un IMC inférieur à 20 (contre 2,5 % au Québec). À l'autre extrême, quelque 24 %

des Chinois considérant leur poids trop élevé ont un IMC supérieur ou égal à 26, comparativement à 55 % chez la population québécoise (données standardisées). On peut observer d'autres divergences entre la perception du poids et l'IMC au sein des autres communautés culturelles par rapport aux estimations pour le Québec standardisées pour la communauté en question. Par exemple, chez les Haïtiens qui estiment leur poids trop faible, 17 % seulement ont un IMC inférieur à 20, tandis que ce chiffre s'élève à 43 % chez la population québécoise. À l'inverse, près de 26 % des Haïtiens qui jugent leur poids acceptable ont un IMC

plus grand ou égal à 26 par rapport à 15 % dans la population québécoise (données standardisées). Parmi les immigrants provenant du Maghreb et du Moyen-Orient, seulement environ 7,1 % considérant leur poids acceptable ont un IMC inférieur à 20, contre 17 % chez les Québécois. Dans la communauté hispanophone, des proportions plus élevées considérant leur poids trop élevé (près de 64 %) ou acceptable (quelque 31 %) ont un IMC supérieur ou égal à 26, comparativement aux Québécois (53 % et 15 % respectivement).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

- Consommation alimentaire habituelle

Certains aliments sont consommés en fonction d'habitudes alimentaires liées à l'origine culturelle. Ainsi, l'étude a révélé des habitudes alimentaires différentes au sein des quatre communautés culturelles ciblées, même si le questionnaire de fréquence alimentaire constitue un outil qualitatif portant sur des regroupements et non pas sur des aliments spécifiques. Puisque l'alimentation traditionnelle de chacun des groupes est particulière à ses origines, il s'avère peu utile de regarder les estimations portant sur le total des communautés culturelles.

Il a été possible de déduire que les immigrants récents d'origine chinoise restent encore assez fidèles à leurs habitudes alimentaires traditionnelles, ayant ainsi une alimentation variée, basée sur les céréales raffinées (le riz blanc), les protéines animales, les légumineuses (le tofu) ainsi que les fruits et légumes. Leur faible consommation de produits laitiers est typique à cette communauté; l'on peut croire qu'ils évitent ces aliments parce qu'ils sont intolérants au lactose (Chagnon-Decelles et autres, 1997).

Les données obtenues des autres communautés culturelles sont moins faciles à interpréter. Parmi la communauté haïtienne, les fruits et légumes se sont

révéls le groupe d'aliments consommés quotidiennement par la plus forte proportion de cette population. Puisque de plus faibles proportions ont indiqué une consommation journalière des aliments des autres groupes, leur schéma alimentaire usuel reste difficile à cerner.

Les immigrants récents provenant du Maghreb et du Moyen-Orient ont vraisemblablement des habitudes alimentaires assez variées, reflétant les différentes régions géographiques et l'alimentation locale propre à chacune. C'est pourquoi les observations sur leur alimentation présentées ici ne peuvent pas être concluantes. De plus, il a été surprenant de constater les faibles taux rapportés de consommation quotidienne de légumineuses, ce qui laisse supposer que la question a été mal comprise ou que les aliments cités en exemple n'étaient pas suffisamment représentatifs de leur alimentation.

En ce qui concerne les immigrants récents des pays hispanophones, bien qu'il y ait une base commune quant à l'alimentation des populations vivant dans ces pays – soit les produits à base de maïs, de haricots et de légumes – il y a aussi de grandes différences entre les pays d'origine et même au sein de groupes ethniques différents vivant dans un même pays (Borud et autres, 1989). Tout comme chez les immigrants provenant des pays arabophones, une variabilité alimentaire ressort des réponses au questionnaire de fréquence alimentaire.

Il est intéressant de constater que les repas provenant de l'extérieur de la maison sont moins consommés par les immigrants des quatre communautés visées par l'étude, comparativement aux estimations pour le Québec standardisées. Une telle observation pourrait signaler que les communautés culturelles préfèrent leur alimentation traditionnelle à des plats préparés par quelqu'un d'autre, ou encore que les ressources financières de certains immigrants sont trop limitées pour permettre l'achat de repas commerciaux, malgré le fait qu'ils déclarent dans l'ensemble avoir les moyens financiers suffisants pour se procurer de bons aliments. Il ne s'agit toutefois que d'hypothèses.

- Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Tout comme dans l'ESS 1998, la plupart (environ 80 %) des membres des communautés culturelles évaluent leurs habitudes alimentaires de manière favorable. Toutefois, malgré les habitudes alimentaires diversifiées des Chinois, cette communauté semble avoir une opinion nettement plus négative de son alimentation que la population québécoise (données standardisées). Il se peut que cette perception relève de leur opinion quant à la consommation de sel, puisque quelque 20 % ont répondu qu'ils considéraient leur alimentation trop salée, une proportion plus élevée que celle des communautés culturelles dans l'ensemble.

- Insécurité et accès alimentaire

Dans l'ensemble, la très forte majorité des immigrants récents visés par l'étude (81 %) rapportent avoir les moyens financiers suffisants pour se procurer de bons aliments. Les proportions diffèrent selon les groupes, de 98 % chez les Chinois à 63 % chez les Haïtiens. Les perceptions relatives à l'accès à des aliments à un coût raisonnable, qui correspondent aux goûts et qui favorisent la santé révèlent un certain degré d'insécurité alimentaire. Il est probable que l'insécurité alimentaire influe sur les opinions. Les divergences peuvent aussi refléter des différences culturelles dans la façon de répondre à ce type de question. Des études plus approfondies seraient nécessaires afin de déterminer les facteurs influençant les perceptions négatives et d'examiner l'impact de l'insécurité alimentaire.

- Poids corporel

L'image corporelle semble avoir une composante culturelle, qu'on observe en particulier chez les immigrants d'origine chinoise et d'origine haïtienne, lorsqu'on compare leurs perceptions à celles de la population québécoise. D'autres études seraient nécessaires afin de cerner la source de leurs opinions à ce sujet. Toutefois, il importe de tenir compte des

attentes potentiellement différentes parmi les membres de ces communautés lorsqu'on élabore des programmes de poids santé.

Limites de l'étude

Puisque l'étude n'était pas axée sur l'alimentation mais bien sur la santé en général, les questions portant sur des aspects alimentaires visaient à obtenir des renseignements généraux. À cet égard, on peut suggérer que le questionnaire de fréquence alimentaire utilisé, un outil qualitatif, rétrospectif et autoadministré, aurait possiblement produit de meilleures réponses s'il avait été administré par un intervieweur formé. Ce dernier aurait pu s'assurer de la compréhension des consignes et particulièrement de la « fréquence de consommation » par période spécifiée, une notion parfois problématique lors de l'évaluation de la consommation alimentaire (Willett, 1998; Hu et autres, 1999). Des données alimentaires prospectives et quantitatives, telles qu'obtenues par des journaux ou des rappels alimentaires, seraient potentiellement plus utiles dans une première évaluation d'habitudes alimentaires culturelles. Cette information permettrait par la suite le développement d'un questionnaire de fréquence dont la liste des aliments refléterait plus correctement les habitudes alimentaires de la communauté (Willett, 1998). De plus, il n'est pas clair que l'indice utilisé pour évaluer la diversité alimentaire soit approprié dans le cadre d'un questionnaire de fréquence non quantitatif appliqué à plusieurs groupes culturels ayant des habitudes alimentaires différentes. L'attribution d'un score de 1 à chacun des indices faisant partie du score à l'IDA était basée sur une fréquence de consommation minimale de 1 à 3 fois par semaine. Si une catégorie de fréquence inférieure à ce seuil avait été encerclée, une valeur de 0 aurait été attribuée à la consommation de l'aliment. La capacité de bien cerner la qualité alimentaire est donc possiblement réduite puisque cette dernière a été évaluée à partir de l'IDA, basé pour sa part sur la consommation d'aliments provenant des quatre groupes alimentaires du GAC.

Éléments de réflexion pour la planification

Afin de comprendre et de travailler avec des communautés culturelles, un examen de leur système de valeurs s'avère nécessaire. Ainsi, pour étudier des schémas alimentaires, faire des évaluations alimentaires ou offrir des conseils diététiques, l'examen des facteurs influençant l'alimentation doit être effectué. Des études portant sur l'alimentation des personnes de diverses communautés culturelles aident les intervenants à identifier des facteurs pouvant influencer les changements des habitudes alimentaires, à mieux prévenir des maladies liées à l'alimentation, à planifier des programmes d'éducation en nutrition destinés aux groupes culturels, dans le but de les aider à faire des choix alimentaires avertis dans leur nouvel environnement tout en retenant les bonnes habitudes alimentaires relevant de leur propre culture (Kuhnlein, 1989; McLeod, 1993).

Bien que l'évaluation alimentaire des populations hétérogènes présente de nombreux défis sur les plans méthodologique, statistique et de l'interprétation au sein des enquêtes nationales (Kumanyika, 1993; Briefel, 1994), les professionnels de la santé œuvrant dans une société multiculturelle ont avantage à connaître la structure démographique de la population, les influences culturelles sur l'alimentation et l'utilisation du système de soins de santé par les groupes ethniques (Samolsky et Hynak-Hankinson, 1990). Ces considérations sont d'une importance croissante dans le monde occidental, s'avérant essentielles pour pouvoir comprendre certains aspects de la santé des groupes minoritaires.

Peu d'études ont été menées sur l'alimentation des groupes culturels une fois établis dans leur nouvel environnement, bien qu'il existe suffisamment de preuves historiques et actuelles du phénomène d'acculturation alimentaire parmi les enfants des migrants (Lowenberg et autres, 1974; Kalcik, 1984; Story et Harris, 1989). Dans un contexte de croissance rapide de la population multiculturelle au Québec, pour mieux comprendre les déterminants de l'alimentation des groupes culturels, il importe d'explorer *comment* les habitudes alimentaires changent parmi les immigrants. Pour ce faire, il serait utile de mener des

groupes de discussion au sein des communautés culturelles d'intérêt. Un tel exercice permettrait de déterminer les priorités alimentaires et nutritionnelles propres aux communautés ciblées, incluant des discours sur leur perception d'une bonne ou mauvaise alimentation. On pourrait les interroger sur les perceptions de leurs modifications alimentaires depuis leur arrivée au Québec et examiner l'impact de cette acculturation alimentaire et ses conséquences potentielles pour la santé, dans le cadre des études sur l'alimentation traditionnelle et sur la qualité nutritionnelle. Cette approche pourrait également contribuer au développement de connaissances sur les aliments typiquement consommés par les membres des communautés culturelles afin de pouvoir dresser une liste alimentaire ciblée à inclure dans un questionnaire de fréquence approprié au groupe. Une enquête alimentaire menée au sein des groupes culturels pourrait utiliser une autre méthode (soit l'histoire diététique, des rappels de 24 heures ou des journaux alimentaires) afin d'évaluer l'état alimentaire et nutritionnel du groupe. La méthode sélectionnée devrait être préalablement soumise à un prétest et validée dans une étude pilote du groupe visé avant d'être utilisée.

Les immigrants adoptent graduellement les valeurs et habitudes de leur nouveau pays. S'adapter aux schémas alimentaires nord-américains pourrait comporter des risques pour la santé (ex. : trop de sel, trop de gras, trop de sucre, augmentation dans les taux de carie dentaire et d'obésité). Les personnes qui travaillent en promotion de la santé doivent être sensibilisées aux notions et aux perceptions des groupes culturels. De plus, au lieu de travailler « pour » un groupe culturel, il faudrait plutôt travailler « avec » les membres du groupe. Par exemple, lors des foires de carrières au secondaire ou au cégep, on pourrait encourager les jeunes des différents groupes culturels à considérer la poursuite d'études en diététique et nutrition.

Pour permettre aux immigrants de prendre des décisions éclairées sur l'alimentation dans leur nouveau pays, l'éducation en nutrition qui leur est destinée devrait porter sur les notions générales en nutrition, la valeur nutritive et la préparation des aliments disponibles au Québec, en tenant compte de l'équivalence entre les aliments dits « culturels » et ceux sur le marché québécois, ainsi que de la qualité nutritionnelle des aliments particuliers, surtout ceux faisant l'objet des campagnes de promotion de la santé nutritionnelle (Kronld et Lau, 1993).

Une compréhension des comportements alimentaires ayant une origine culturelle pourrait permettre de mieux apprécier leurs bénéfices nutritionnels et sanitaires potentiels. De plus, afin d'assurer le succès des programmes d'éducation sanitaire, il s'avère essentiel d'identifier les pratiques et croyances des groupes ciblés (Kapil et autres, 1990). Les programmes d'intervention basés sur l'alimentation traditionnelle auraient vraisemblablement plus de chance de réussir à prévenir certaines maladies chroniques (Hughes et autres, 1996) ou à contrôler l'obésité (Shintani et autres, 1994). Par exemple, aux États-Unis, une approche se basant sur les principes culturels propres au groupe a été testée afin d'encourager les Indiens Pima, au sud-ouest du pays, à reprendre leur alimentation traditionnelle dans un effort visant la diminution de l'incidence excessivement élevée du diabète non insulino-dépendant (Boyce et Swinburn, 1993), puisqu'un mode de vie « traditionnel » semble protéger contre le risque de développer les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète non insulino-dépendant (Ravussin et autres, 1994).

L'évaluation de la consommation alimentaire et de la santé en général devrait alors comprendre des marqueurs de déterminants de comportements alimentaires culturels ainsi que d'autres comportements reliés aux choix alimentaires. Une telle approche aiderait dans l'évaluation de la qualité alimentaire et des pratiques sanitaires dans le contexte des valeurs socioculturelles du consommateur; des pratiques améliorées de conseil en résulteraient,

contribuant ainsi au but global d'une diminution du risque des maladies chroniques.

Bibliographie

ALTABE, M. (1998). « Ethnicity and body image: quantitative and qualitative analysis », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 23, n° 2, p. 153-159.

ARMSTRONG, B. K, B. M. MARGETTS, J. R. L. MASAREI et S. M. HOPKINS (1983). « Coronary risk factors in Italian migrants to Australia », *American Journal of Epidemiology*, vol. 118, p. 651-658.

BARER-STEIN, T. (1979). *You Eat What You Are, A Study of Ethnic Food Traditions*, Toronto, McLelland and Stewart Ltd, 624 p.

BLOCK, G., A. M. HARTMAN, C. M. DRESSER, M. D. CARROLL, J. GANNON et L. GARDNER (1986). « A data-based approach to diet questionnaire design and testing », *American Journal of Epidemiology*, vol. 124, p. 453-469.

BORRUD, L. G., P. C. PILLOW, P. K. ALLEN et autres (1989). « Food group contributions to nutrient intake in whites, blacks and Mexican-Americans in Texas », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 89, n° 8, p. 1061.

BOYCE, V. L., et B. A. SWINBURN (1993). « The traditional Pima Indian diet », Composition and adaptation for use in a dietary intervention study, *Diabetes Care*, vol. 16, n° 1, p. 369-371.

BRIEFEL, R. R. (1994). « Assessment of the US diet in national nutrition surveys: national collaborative efforts and NHANES », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59 (suppl.), p. 164S-167S.

- CALLE, E. E, M. J. THUN, J. M. PETRELLI, C. RODRIGUEZ et C. W. HEATH (1999). « Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 15, p. 1097-1105.
- CARLSSON, E., M. KIPPS et J. THOMSON (1984). « Influences on the food habits of some ethnic minorities in the United Kingdom », *Human Nutrition: Applied Nutrition*, 38A, p. 85-98.
- CHAGNON-DECELLES, D., M. D. GÉLINAS et L. LAVALLÉE CÔTÉ (1997). *Manuel de nutrition clinique*, 3^e éd., Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1. (pag. multiple).
- DEMAREST, J., et R. ALLEN (2000). « Body image: gender, ethnic, and age differences », *Journal of Social Psychology*, vol. 140, n° 4, p. 465-472.
- DORAIS, L.-J. (1994). « Nourritures terrestres et nourritures spirituelles : Alimentation et philosophies vietnamiennes au Québec » dans DORAIS, L.-J, S. GENEST et L. MAUGER (eds). *Autour des transferts Orient-Occident. Perspectives anthropologiques*, Groupe d'études et de recherches sur l'Asie contemporaine, Université Laval, 119 p. (Documents du Gérard: 8).
- FITZGIBBON, M. L., L. R. BLACKMAN et M. E. AVELLONE (2000). « The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups », *Obesity Research*, vol. 8, n° 8, p. 582-589.
- GHADIRIAN, P., J.-M. EKOÉ et J.-P. THOUÉZ (1992). « Food habits and Esophageal cancer: An overview », *Cancer Detection and Prevention*, vol. 16, n° 3, p. 163-168.
- GIBSON, R. (1990). *Principles of Nutritional Assessment*, New York, Oxford University Press, 691 p.
- GOODE, J., J. THEOPHANO et K. CURTIS (1984b). « A Framework for the Analysis of Continuity and Change in Shared Sociocultural Rules for Food Use: the Italian-American Pattern » dans BROWN, L. K., MUSSELL, K. (eds), *Ethnic and Regional Foodways in the United States; the performance of group identity*, Knoxville, University of Tennessee Pr., Chapter 3, p. 66-88.
- GOODE, J.G., K. CURTIS et J. THEOPHANO (1984a). « Meal Formats, Meal Cycles and Menu Negotiation in the Maintenance of an Italian-American Community » dans *Food in the Social Order: Studies of food and festivities in three American communities*, DOUGLAS, Mary (ed), New York, Russell Sage Foundation, Chapter 4, p. 143-218.
- HU, F. B., E. RIMM, S. A. SMITH-WARNER, D. FESKANICH, M. J. STAMPFER, A. ASCHERIO, L. SAMPSON et W. C. WILLETT (1999). « Reproducibility and validity of dietary patterns assessed with a food-frequency questionnaire », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, p. 243-249.
- HUGHES, C. K., J. A. TSARK et N. K. MOKUAU (1996). « Diet-related cancer in Native Hawaiians », *Cancer*, vol. 78 (7 Suppl), p. 1558-1563.
- HUIJBREGTS, P., E. FESKENS, L. RASANEN, F. FIDANZA, A. NISSINEN, A. MENOTTI et D. KROMHOUT (1997). *Dietary pattern and 20 year mortality in elderly men in Finland, Italy, and the Netherlands: longitudinal cohort study*, *British Medical Journal*, vol. 315, n° 7099, p. 13-17.
- JELLIFFE, D. B. (1966). *The Assessment of the Nutritional Status of the Community*, WHO Monograph n° 53, Geneva, World Health Organization.
- JELLIFFE, D. B. (1967). « Parallel food classifications in developing and industrialized countries », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 20, n° 3, p. 279-281.

- JENNER, A. (1973). *Food: Fact and Folklore: Selected Sources*, Curriculum Resource Book Series #30, Toronto, McClelland and Stewart, 98 p.
- KALCIK, S. (1984). « Ethnic Foodways in America: Symbol and the performance of identity » dans *Ethnic and Regional Foodways in the United States: the Performance of Group Identity*, BROWN, L. K., et K. MUSSELL (eds). Knoxville, University of Tennessee, Chapter 2, p. 37-65.
- KANT, A. K., A. SCHATZKIN, R. G. ZIEGLER et M. NESTLE (1991). « Dietary diversity in the U.S. population », NHANES II, 1976-1980, *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 91, n° 12, p. 1526-1531.
- KAPIL, U., A. K. SOOD et D. R. GAUR (1990). « Maternal beliefs regarding diet during common childhood illnesses », *Indian Pediatrics*, vol. 27, n° 6, p. 595-599.
- KEYS, A., A. MENOTTI, C. ARAVANIS et autres (1984). « The Seven Countries Study: 2,289 Deaths in 15 Years », *Preventive Medicine*, vol. 13, p. 141-154.
- KROMHOUT, D. et C. L. COULANDER (1984). « Diet, prevalence and 10- year mortality from coronary heart disease in 871 middle-aged men. The Zutphen Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 119, n° 5, p. 733-741.
- KRONDL, M. (1989). « Development of food habits, the process of their acculturation and their impact on health », *Workshop: Culture, Nutrition and Health. First National Conference on Health Care and Multiculturalism*, Toronto.
- KRONDL, M. M., et D. LAU (1993). « Acculturation of food habits » dans MASI, R, L. MENSAH, K. A. MCLEOD (eds). *Health and cultures. Exploring the relationships. Policies, professional practice and education. Volume I*, Mosaic Press. Oakville, Ontario, 345 p.
- KUHNLEIN, H. V. (1989). « Culture and ecology in dietetics and nutrition », *Journal of the American Dietetic Association*,. vol. 89, n° 8, p. 1059-1060.
- KUMANYIKA, S. K. (1993). « Diet and nutrition as influences on the morbidity/mortality gap », *Annales d'épidémiologie*, vol. 3, n° 2, p. 154-158.
- LOWENBERG, M. E., E. N. TODHUNTER, E. D. WILSON, J. R. SAVAGE et J. L. LUBAWSKI (1974). *Food and Man* 2nd ed. New York, John Wiley and Sons, 459 p.
- MAUGER, L. (1994). « Apprendre des autres : les transferts culturels à propos des cuisines orientales et leurs effets sur la culture francophone du Québec » dans DORAIS, L.-J, S. GENEST et L. MAUGER (eds). *Autour des transferts Orient-Occident. Perspectives anthropologiques*, Groupe d'études et de recherches sur l'Asie contemporaine, Université Laval, 119 p. (Documents du Gérard: 8).
- MCGEE, D. L, D. M. REED, K. YANO, A. KAGAN et J. TILLOTSON (1984). « Ten-year incidence of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program: Relationship to nutrient intake », *American Journal of Epidemiology*, vol. 119, n° 5, p. 667-676.
- MCLEOD, K. A. (1993). « Cultures, people and health », dans MASI, R., L. MENSAH et K.A. MCLEOD (eds). *Health and cultures. Exploring the relationships. Programs, services and care. Volume II*,. Mosaic Press, Oakville, Ontario, 345 p.
- MILLER, K. J., D. H. GLEAVES, T. G. HIRSCH, B. A. GREEN, A. C. SNOW et C. C. CORBETT (2000). « Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 27, n° 3, p. 310-316.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MURPHY, S. P., R. O. CASTILLO et F. S. MENDOZA (1990). « An evaluation of food group intakes by Mexican-American children », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 90, n° 3, p. 388-393.

NICHTER, M. (1986). « Modes of food classification and the diet-health contingency: A South Indian case study » dans KHARE, R. S., M. S. A. RAO (eds). *Food, Society and Culture. Aspects in South Asian Food Systems*, Carolina Academic Press, Durham N. Carolina, chapter 7, p. 185-221.

OGDEN, J., et C. ELDER (1998). « The role of family status and ethnic group on body image and eating behavior », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 23, n° 3, p. 309-315.

OMS (WHO) (1997). *Consultation on obesity. Preventing and managing the global epidemic*, Geneva, World Health Organization, 276 p.

PAN, Y.-L., Z. DIXON, S. HIMBURG et F. HUFFMAN (1999). « Asian students change their eating patterns after living in the United States », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 99, n° 1, p. 54-57.

RAVUSSIN, E., M. E. VALENCIA, J. ESPARZA, P. H. BENNETT et L. O. SCHULZ (1994). « Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians », *Diabetes Care*, vol. 17, n° 9, p. 1067-1074.

SAMOLSKY, S., et M. T. HYNAC-HANKINSON (1990). « Feeding the Hispanic hospital patients: cultural considerations », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 90, n° 12, p. 1707-1710.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1992). *Renseignements sur le Guide alimentaire canadien à l'intention des éducateurs et des communicateurs*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, cat. H39-253/11-1992F.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Le poids et la santé : document de travail*, Ottawa, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 94 p.

SANTÉ QUÉBEC et M. JETTÉ (sous la direction de) (1994). *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SAVAGE, P. J. et W. R. HARLAN (1991). « Racial and ethnic diversity in obesity and other risk factors for cardiovascular disease: implications for studies and treatment », *Ethnicity and Disease*, vol. 1, n° 2, p. 200-211.

SHAPER, A. G. (1987). « Environmental factors in coronary heart disease: diet », *European Heart Journal*, vol. 8 (Suppl. E), p. 31-38.

SHATENSTEIN, B., et P. GHADIRIAN (1998). « Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups », *Nutrition*, vol. 14, n° 2, p. 223-230.

SHATENSTEIN, B., P. GHADIRIAN et J. LAMBERT (1992). « Patterns of observance of the Jewish dietary laws (Kashruth) among secular Jews in Montreal », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 53, n° 3, p. 198-204.

SHATENSTEIN, B., P. GHADIRIAN et J. LAMBERT (1993a). « Influence of the Jewish religion and Jewish dietary laws (Kashruth) on family food habits in an ultra-orthodox population in Montreal », *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 31, n° 1 & 2, p. 27-44.

SHATENSTEIN B., P. GHADIRIAN, J. LAMBERT (1993b). « Nutritional intakes and some health-relevant behaviours in ultra-orthodox (Hassidic) Jewish sects in Montreal », *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, vol. 44, n° 2, p. 105-121.

SHATENSTEIN, B., D. ABU-SHAABAN, M.-L. PASCUAL et J. D. KARK (1996). « Dietary adequacy among urban and semi-rural schoolchildren in Gaza », *Ecology of Food and Nutrition*, 35, p. 135-147.

SHETH, T., C. NAIR, M. NARGUNKAR, S. ANAND et S. YUSUF (1999). « Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, South Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: an analysis of 1.2 million deaths », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 2, p. 132-138.

SHINTANI, T., S. BECKHAM, H. K. O'CONNOR, C. HUGHES et A. SATO (1994). « The Waianae Diet Program: a culturally sensitive, community-based obesity and clinical intervention program for the Native Hawaiian population », *Hawaii Medical Journal*, vol. 53, n° 5, p. 136-141.

STEVENS, J., J. CAI, E. R. PAMUK, D. F. WILLIAMSON, M.J. THUN et J.L. WOOD (1998). « The effect of age on the association between body-mass index and mortality », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 1, p. 1-7.

STORY, M., et L. J. HARRIS (1989). « Food habits and dietary change of Southeast Asian refugee families living in the United States », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 89, n° 6, p. 800-803.

THOUEZ, J.-P., et P. GHADIRIAN (1988). « Cancer mortality risk among the major immigrant groups in Canada: from 1969 to 1973 », *Geografia Medica*, vol. 18, p. 27-46.

WEIN, E. E., J. H. SABRY et F. T. EVERS (1992). « Food consumption patterns of Native school children and mothers in Northern Alberta », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 53, p. 267-273.

WEIN, E. E. (1994). « The high cost of a nutritionally adequate diet in four Yukon communities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, n° 5, p. 310-312.

WHITTEMORE, A. S., A. H. WU-WILLIAMS, M. LEE, Z. SHU et autres (1990). « Diet, physical activity, and colorectal cancer among Chinese in North America and China », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 82, n° 11, p. 915-925.

WILLETT, W. (1998). *Nutritional Epidemiology. Monographs in Epidemiology and Biostatistics*, New York, Oxford University Press, vol. 30, 528 p.