



ERS

ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LA SANTÉ
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES **PREMIÈRES NATIONS**
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Faits saillants

Alimentation

- La majorité de la population ne consomme pas chaque jour ou presque à la fois des fruits, des légumes, des produits céréaliers, de la viande ou ses substituts et du lait ou ses substituts. Les enfants sont cependant plus susceptibles de manger chaque jour tous ces aliments que le reste de la population.
- Un adolescent sur trois ne déjeune pas sur une base régulière. Or, l'adoption de cette habitude est associée à de meilleurs indicateurs de santé auto-rapportée et à une meilleure appréciation de l'école.
- L'adolescence coïncide avec l'apparition de nombreuses habitudes alimentaires à éviter, en particulier la consommation de boissons gazeuses ou énergisantes sur une base quotidienne.
- La proportion de mères pratiquant l'allaitement maternel a augmenté au cours des dernières années, tout comme la proportion de mères allaitant pendant six mois ou plus (la durée minimale recommandée).
- La consommation régulière de produits issus d'activités traditionnelles semble favoriser l'atteinte d'un régime alimentaire nutritif et équilibré.



Activité physique

- On recommande aux enfants et aux adolescents de s'adonner à au moins une heure d'activité physique par jour. Or, la plupart d'entre eux ne respectent pas cette recommandation.

Exposition aux écrans

- Chez les jeunes enfants, l'exposition aux écrans de télévision ou d'ordinateur peut nuire au développement cognitif et moteur. Pour cette raison, on recommande d'éviter l'exposition aux écrans ou de la limiter. Or, cette recommandation ne semble pas respectée pour une majorité d'enfants.
- L'augmentation de la durée d'exposition aux écrans est associée à une diminution du temps consacré aux activités physiques. L'exposition excessive aux écrans représente un obstacle à l'adoption d'un mode de vie actif dans l'ensemble de la population, mais davantage chez les adolescents.

MISE EN CONTEXTE

L'adoption de saines habitudes de vie en matière d'alimentation et d'activité physique favorise la bonne santé physique et mentale tout en diminuant le risque de développer des problèmes de santé chroniques comme l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2, ainsi que les troubles touchant les os, les muscles, les articulations, le système respiratoire et le système cardiovasculaire^[1-3]. L'implantation de saines habitudes au quotidien dépend de plusieurs facteurs, dont certains relèvent de l'individu alors que d'autres relèvent de l'environnement. Par exemple, l'adoption d'un mode de vie actif repose en partie sur l'accès à des infrastructures sportives (p. ex. piscines, parcs, pistes cyclables)^[4-12]. De façon similaire, la facilité avec laquelle une personne peut adopter un régime alimentaire nutritif et équilibré varie selon son lieu de résidence, étant donné que le coût et la disponibilité des aliments fluctuent d'une région à l'autre. Cela dit, la qualité du régime alimentaire d'une personne dépend aussi de ses compétences culinaires, de son niveau de revenu et de sa propre vision de ce que représente une saine alimentation.



ALIMENTATION

Selon la *Vision de la saine alimentation* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en matière d'alimentation^[8], la saine alimentation se conçoit avant tout comme une habitude. En ce sens, une personne a un bon régime alimentaire si elle mange des aliments à forte valeur nutritive tous les jours ou presque et des aliments à faible valeur nutritive jamais ou presque jamais (p. ex. une ou deux fois par mois). Pour déterminer la valeur nutritive des aliments, on peut se référer au *Guide alimentaire canadien*, selon lequel les personnes de tous âges devraient boire de l'eau et manger des aliments provenant de chaque groupe alimentaire au quotidien, tout en évitant ou en limitant la consommation d'aliments d'exception (ou à faible valeur nutritive) comme les boissons gazeuses, les friandises, les gâteaux, les biscuits, les croustilles et les repas-minute^[13, 14].

Dans les populations autochtones, le régime alimentaire peut varier beaucoup d'une saison et d'une communauté à l'autre. Par exemple, la consommation de fruits peut augmenter au moment des cueillettes, celle de viandes, pendant la saison de la chasse, etc. Or, cette réalité n'est pas prise en compte par le *Guide alimentaire canadien* et la *Vision de la saine alimentation*, selon lesquels les saines habitudes alimentaires réfèrent aux aliments consommés toujours ou presque toujours (de mois en mois et d'année en année, quelle que soit la saison). En ce sens, les résultats présentés dans cette section doivent être interprétés avec prudence.

Consommation d'aliments à forte valeur nutritive

Le *Guide alimentaire canadien*^[13] recommande aux gens de tous âges de consommer chaque jour des portions de fruits et de légumes, de produits céréaliers, de lait ou substituts et de viande ou substituts. Selon les données de l'ERS 2015 (FIGURES 1 ET 2), l'alimentation de seulement 38 % de la population âgée de trois ans ou plus inclurait chaque jour toutes ces catégories d'aliments. Par rapport au reste de la population, les enfants sont plus susceptibles de consommer chaque jour des aliments provenant de toutes les catégories et de chaque catégorie prise séparément, à l'exception des légumes.

FIGURE 1
Consommation quotidienne d'aliments provenant des différents groupes alimentaires, selon l'âge

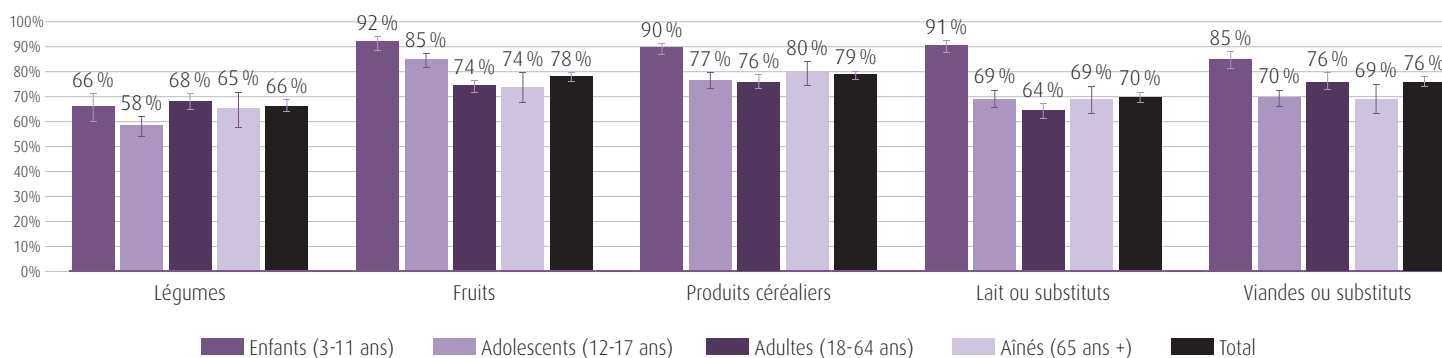
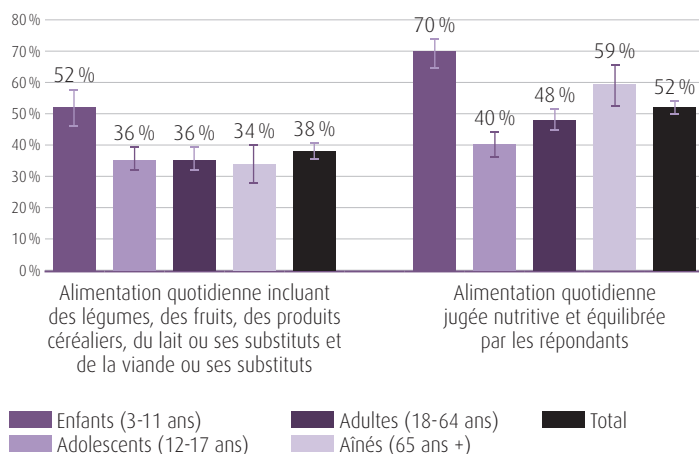


FIGURE 2

Proportion de personnes consommant chaque jour des aliments provenant des différents groupes alimentaires et proportion de personnes jugeant avoir une alimentation nutritive et équilibrée au quotidien, selon l'âge



On peut également dégager des écarts selon le sexe et la zone. Les hommes sont moins nombreux que les femmes à intégrer quotidiennement des aliments provenant des cinq catégories, en particulier des fruits et des légumes. De plus, les habitants des zones 3 et 4 sont moins susceptibles que ceux des zones 1 et 2 de considérer que leur régime alimentaire est nutritif et équilibré ou de consommer chaque jour des légumes et du lait ou ses substituts (FIGURES 3 ET 4). Cette situation pourrait bien s'expliquer par l'accès limité aux aliments frais et leur coût plus élevé dans ces régions. Par ailleurs, trois personnes sur quatre déclarent boire de l'eau au moins deux fois par jour, mais cette habitude est plus répandue dans les zones 1 et 2 que dans les zones 3 et 4, et chez les personnes ayant un plus haut niveau de scolarité ou de revenu que dans le reste de la population.

FIGURE 3

Consommation quotidienne de légumes, d'eau et de lait ou de ses substituts, selon la zone

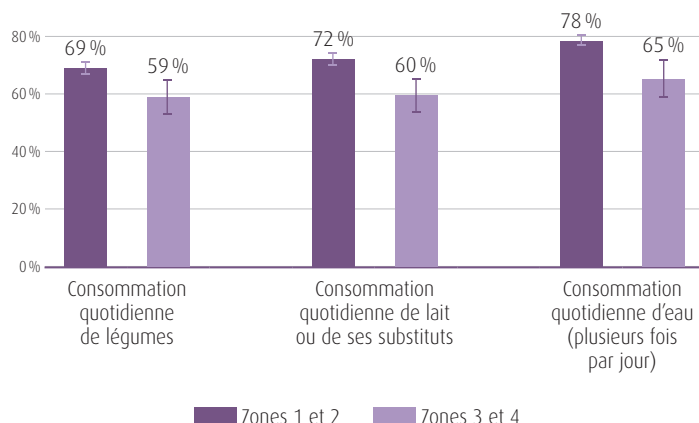
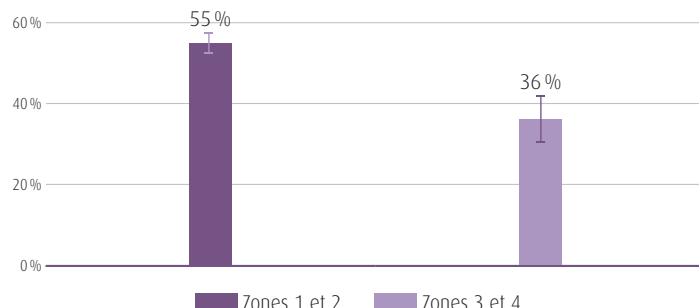


FIGURE 4

Proportion de personnes jugeant avoir une alimentation nutritive et équilibrée au quotidien, selon la zone



La FIGURE 2 révèle par ailleurs un écart marqué entre la proportion de personnes consommant chaque jour des aliments provenant de tous les groupes alimentaires et la proportion de personnes affirmant avoir une alimentation nutritive et équilibrée. Cet écart est tel que la moitié des personnes affirmant avoir une alimentation nutritive et équilibrée ne respectent pas les critères du *Guide alimentaire canadien* à ce sujet. Ce résultat semble corroborer les conclusions d'une récente étude synthétisant la littérature scientifique sur les saines habitudes alimentaires^[7], selon laquelle la plupart des gens tendent à surestimer la qualité de leur alimentation. Pour cette raison, les populations des Premières Nations au Québec pourraient sans doute bénéficier de politiques ou d'interventions éducatives visant à améliorer leur compréhension de ce que représente concrètement une alimentation saine et équilibrée. Cela dit, les résultats présentés dans la FIGURE 3 doivent être interprétés avec prudence. Ce qu'entendent les différentes populations autochtones par « alimentation nutritive et équilibrée » peut varier d'une saison à l'autre et d'une communauté à l'autre, alors que les critères du *Guide alimentaire canadien*, eux, sont les mêmes tout au long de l'année, dans toutes les régions du Canada.

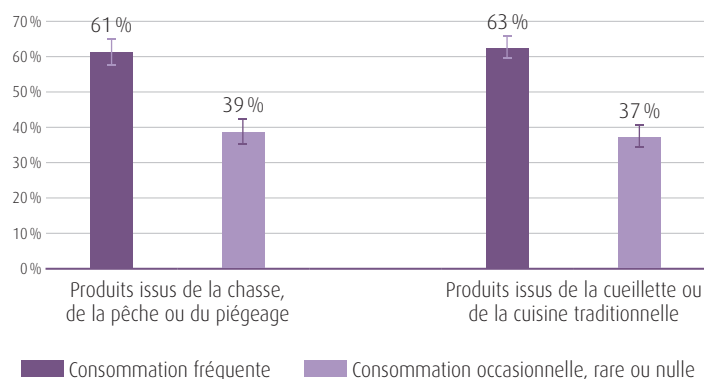


Apport de l'alimentation traditionnelle

Le recours à des aliments issus d'activités traditionnelles comme la chasse, la pêche, le piégeage, la cueillette ou la cuisine traditionnelle peut faciliter l'atteinte d'un régime alimentaire équilibré^[3], dès lors qu'il sous-tend, d'une part, un meilleur accès à des aliments à haute valeur nutritive, et d'autre part, un savoir-faire traditionnel favorisant la préparation de repas à forte valeur nutritive. La **FIGURE 5** montre d'ailleurs que la prise de repas jugés nutritifs et équilibrés est plus fréquente chez les personnes consommant souvent des produits issus d'activités traditionnelles, tant si l'on se concentre sur les produits de la chasse, de la pêche ou du piégeage que sur les mets traditionnels et les produits de la cueillette.

FIGURE 5

Proportion de personnes jugeant avoir un régime alimentaire nutritif et équilibré, selon la fréquence à laquelle elles consomment des produits issus d'activités traditionnelles

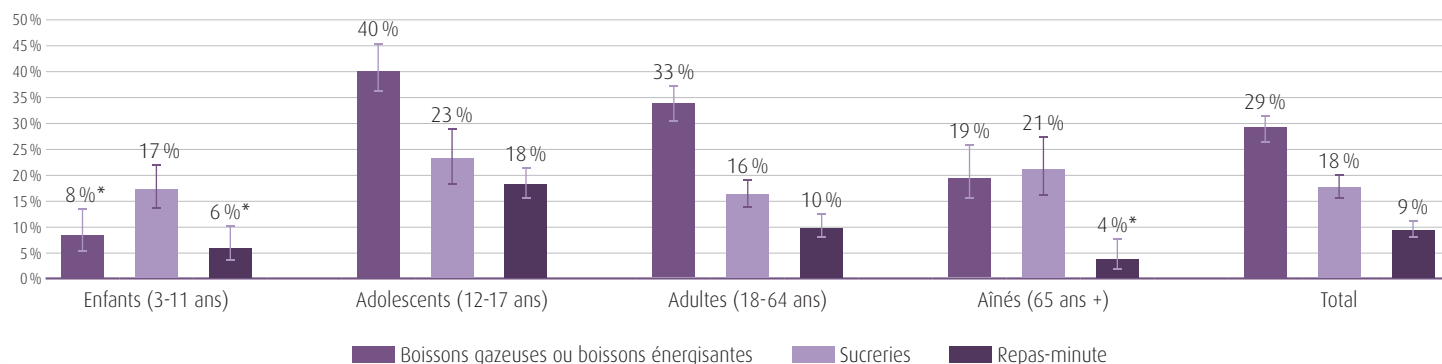


Consommation d'aliments d'exception

Pour bien s'alimenter, une personne devrait normalement limiter à une ou à deux fois par mois la fréquence à laquelle elle consomme des aliments d'exception. Ces aliments incluent les repas-minute (la malbouffe), les sucreries et les boissons gazeuses ou énergisantes^[13], soit des aliments dont la consommation régulière ou excessive tend à augmenter les risques d'obésité, de diabète de type 2, de problèmes cardiovasculaires, buccodentaires (p. ex. des caries), etc.^[21].

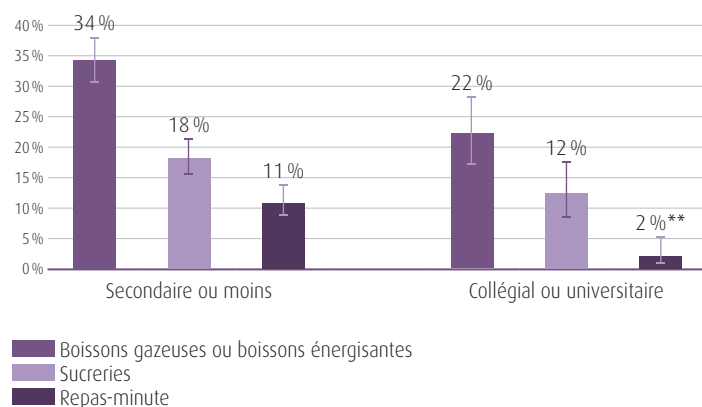
FIGURE 6

Consommation quotidienne d'aliments d'exception, selon l'âge



Selon les données de l'ERS 2015, deux personnes sur cinq consommeraient chaque jour au moins un aliment d'exception. Cette mauvaise habitude alimentaire est moins répandue chez les enfants que dans le reste de la population, particulièrement chez les adolescents (FIGURE 6). Chez les adultes, les personnes ayant complété des études collégiales ou universitaires tendent à consommer moins d'aliments d'exception, en particulier des repas-minute et des boissons gazeuses ou énergisantes (FIGURE 7). Par rapport aux femmes, les hommes sont légèrement plus susceptibles de consommer chaque jour au moins un aliment d'exception, notamment des boissons gazeuses ou énergisantes. Enfin, les habitants des zones 3 et 4 sont plus susceptibles de consommer chaque jour des repas-minute que ceux des zones 1 et 2, une tendance potentiellement imputable (du moins en partie) aux prix plus élevés des aliments à forte valeur nutritive dans les régions éloignées.

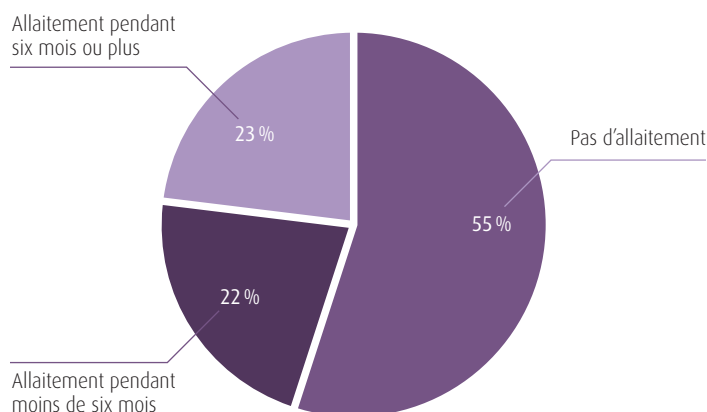
FIGURE 7
Consommation quotidienne d'aliments d'exception, selon le niveau de scolarité



Allaitement maternel

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec recommandent l'allaitement maternel des nouveau-nés pendant les six mois suivant leur naissance^[15, 16]. Cette pratique est bénéfique à la santé des mères et des enfants, notamment car elle tend à diminuer les risques de développer un diabète de type 2. Depuis l'ERS 2008^[17], la proportion d'enfants allaités est passée de 35 % à 45 %. Parmi l'ensemble des 0 à 2 ans, 22 % ont été allaités pendant moins de six mois et 23 % l'ont été pendant six mois ou plus (FIGURE 8).

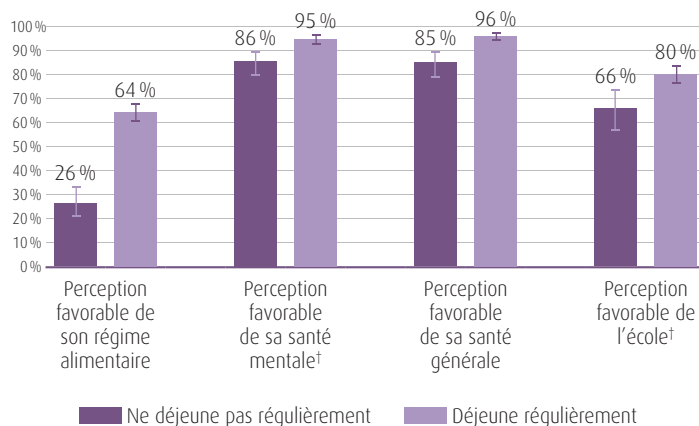
FIGURE 8
Proportion d'enfants allaités (0-2 ans)



Prise de déjeuner chez les enfants (3-11 ans) et les adolescents (12-17 ans)

Les enfants et les adolescents qui déjeunent chaque jour tendent à adopter un mode de vie plus actif et à obtenir de meilleurs résultats à l'école^[18-20]. Selon les données de l'ERS 2015, la quasi-totalité des enfants de 3 à 11 ans (96 %) et les deux tiers des adolescents déjeuneraient régulièrement (« chaque jour » ou « presque chaque jour »). Cette habitude tend par ailleurs à influencer favorablement la perception de la qualité de l'alimentation, de l'état de santé physique et mentale, ainsi que l'appréciation de l'école (FIGURE 9).

FIGURE 9
Proportion d'enfants et d'adolescents ayant une perception favorable* de l'alimentation, de la santé mentale, de la santé générale et de l'école, selon la fréquence à laquelle ils déjeunent



* Perception favorable du régime alimentaire = considérer prendre des repas nutritifs et équilibrés « toujours » ou « presque toujours »; perception favorable de la santé mentale/générale = juger avoir une santé mentale/générale « bonne », « très bonne » ou « excellente »; perception favorable de l'école = déclarer aimer « beaucoup » ou « moyennement » aller à l'école.

† Les perceptions de la santé mentale et de l'école ne sont disponibles que pour les adolescents.

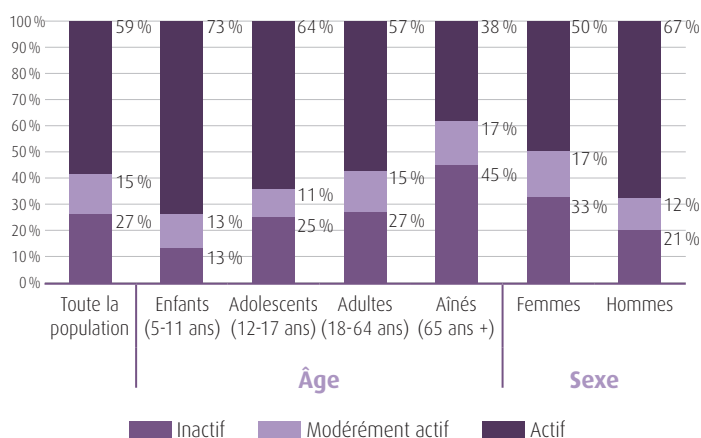
ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'OMS recommande aux enfants, aux adolescents et aux adultes de s'adonner chaque jour à des activités physiques^[9]. Alors que les personnes inactives sont plus à risque de devenir obèses, de développer des problèmes cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques comme le diabète de type 2 et l'ostéoporose, les personnes préconisant un mode de vie actif ont une meilleure santé générale (des os, des muscles, des articulations, du cœur, des poumons, etc.) et mentale (moins de risques de dépression et d'anxiété). D'ordre général, les personnes actives tendent à avoir davantage confiance en elles – particulièrement lors d'interactions sociales – et sont moins portées à adopter des comportements malsains comme la consommation de drogues, d'alcool ou de tabac. L'activité physique régulière peut aussi favoriser l'obtention de bons résultats scolaires chez les enfants et les adolescents, et contribuer à ralentir le déclin cognitif et fonctionnel chez les aînés.

Durée et intensité des activités physiques

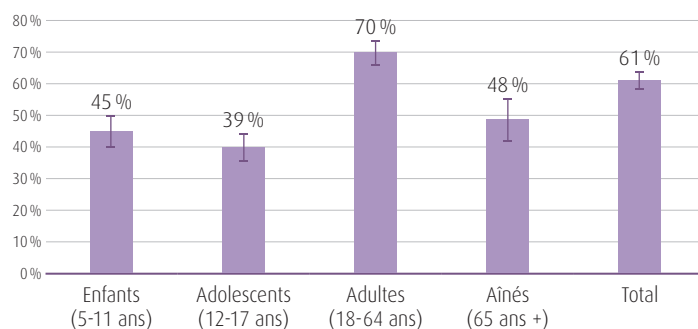
Les données de l'ERS 2015 permettent d'estimer le degré d'activité des personnes pendant leurs loisirs en tenant compte de l'intensité des activités, distinguant ainsi les personnes selon qu'elles sont inactives, modérément actives ou actives pendant leurs loisirs. On estime ainsi qu'environ un sixième de la population est actif pendant ses loisirs (FIGURE 10). Le degré d'activité tend à diminuer avec l'âge et est généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cela dit, cette diminution de l'intensité des activités avec l'âge est tout à fait normale. Les recommandations en matière d'activité physique sont d'ailleurs moins exigeantes pour les personnes plus âgées que pour les plus jeunes.

FIGURE 10
Degré d'activité pendant les loisirs, selon l'âge et le sexe



L'OMS recommande aux enfants et aux adolescents de s'adonner à des activités physiques pendant au moins 60 minutes par jour, et aux adultes, pendant au moins 150 minutes par semaine^[21]. Selon les données de l'ERS 2015, ces critères seraient respectés par six personnes sur dix, mais davantage par les adultes que par les enfants et les adolescents, une tendance qui ne varie ni selon le sexe ni selon la zone. À la lumière des résultats présentés dans la FIGURE 11, il paraît certes encourageant d'observer que les enfants et les adolescents pratiquent des activités suffisamment exigeantes pendant leurs loisirs, mais la majorité d'entre eux font tout de même trop peu d'activité physique au quotidien (moins d'une heure par jour).

FIGURE 11
Proportion de personnes consacrant suffisamment de temps aux activités physiques*, selon l'âge



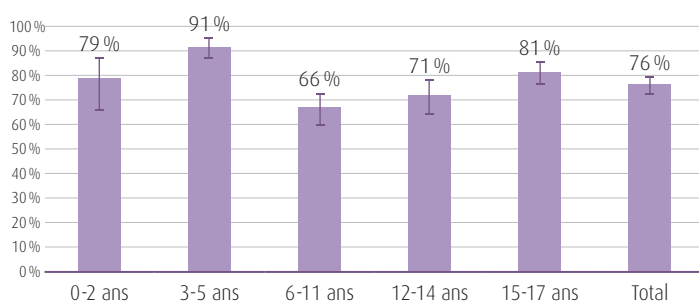
*Durées minimales recommandées = 60 minutes par jour pour les enfants et les adolescents, et 150 minutes par semaine pour les adultes.



EXPOSITION AUX ÉCRANS

L'exposition excessive aux écrans de télévision et d'ordinateur peut nuire à la santé, en particulier celle des jeunes enfants, dont elle peut entraver le développement cognitif et moteur^[23]. Les recommandations en matière d'exposition quotidienne aux écrans sont d'ailleurs très strictes : on devrait éviter toute exposition chez les 0 à 2 ans, limiter l'exposition à une heure chez les jeunes enfants (3-5 ans) et à deux heures à partir de 6 ans. Or, dans la **FIGURE 12**, on voit que quatre personnes sur cinq ne respectent pas ces recommandations, soit huit enfants sur dix chez les 0 à 2 ans et neuf sur dix chez les 3 à 5 ans.

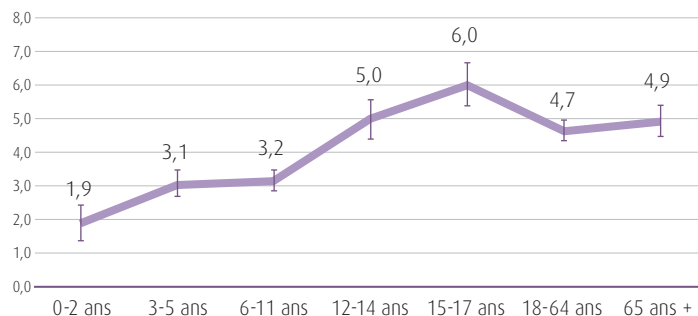
FIGURE 12
Proportion de mineurs (0-17 ans) s'exposant aux écrans pendant une durée supérieure à ce qui est recommandé au quotidien, selon l'âge



* Dans l'ensemble de la population, la proportion de personnes [IC 95 %] s'exposant aux écrans pendant une durée supérieure à ce qui est recommandé est de 82 % [80 %-84 %].

La **FIGURE 13** montre l'évolution du nombre d'heures par jour passées devant les écrans dans les différentes catégories d'âge. D'abord, il semble que les enfants soient exposés aux écrans beaucoup trop tôt (en moyenne, près de deux heures chez les 0 à 2 ans, âge auquel on recommande d'éviter toute exposition). Ensuite, le temps d'exposition augmente de manière particulièrement importante à l'adolescence, de sorte qu'on peut se demander si cette augmentation se fait au détriment du temps passé à pratiquer d'autres activités (p. ex. sports, arts, activités culturelles).

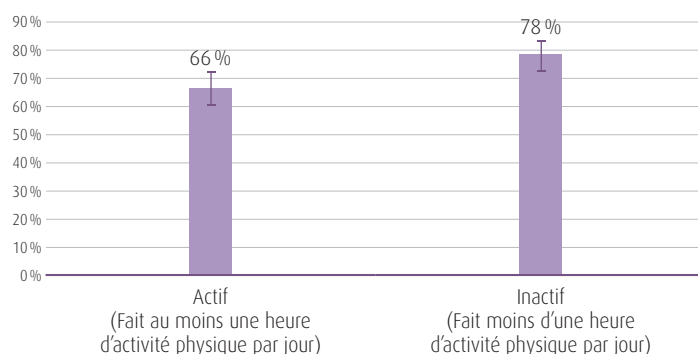
FIGURE 13
Nombre d'heures passées par jour devant les écrans de télévision et d'ordinateur*, selon l'âge



* Dans l'ensemble de la population, la moyenne [IC 95 %] du nombre d'heures passées chaque jour devant les écrans atteint 4,4 [4,2-4,6].

Les personnes qui passent trop de temps devant les écrans tendent-elles à consacrer trop peu de temps aux activités physiques ? À la lumière des résultats présentés dans la **FIGURE 14**, cette hypothèse semble plausible. En effet, parmi l'ensemble des enfants et des adolescents, ceux qui ne font pas assez d'activité physique sont plus susceptibles de passer trop de temps devant les écrans au quotidien.

FIGURE 14
Proportion de mineurs (0-17 ans) s'exposant aux écrans pendant une durée supérieure à ce qui est recommandé au quotidien, selon le temps consacré aux activités physiques



CONCLUSION

Le portrait de l'alimentation, de l'activité physique et de l'exposition aux écrans est mitigé, malgré l'émergence de plusieurs tendances encourageantes chez les enfants. Au cours des dernières années, la proportion d'enfants allaités et la durée de l'allaitement ont augmenté. De plus, la quasi-totalité des enfants prennent un déjeuner chaque jour. En revanche, l'adolescence coïncide avec l'apparition de mauvaises habitudes de vie, comme le délaissement du déjeuner et la consommation quotidienne de boissons gazeuses ou énergisantes. Le temps d'exposition aux écrans demeure inquiétant chez les enfants et les adolescents. Chez les jeunes enfants (0-5 ans), l'exposition aux écrans est d'autant plus inquiétante qu'elle risque d'entraver le développement moteur et cognitif. Chez les adolescents, c'est l'ampleur de l'augmentation du temps passé chaque jour devant les écrans qui semble le plus préoccupante, dans la mesure où les personnes qui passent trop de temps chaque jour devant les écrans tendent à consacrer moins de temps aux activités physiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation mondiale de la Santé (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Accessible en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf (Consulté en novembre 2017).
- [2] González, K., Fuentes, J., et J.-L. Márquez. «Physical Inactivity, Sedentary Behavior and Chronic Diseases», *Korean Journal of Family Medicine*, vol. 38, n° 3, mai 2017, p. 111-115.
- [3] Loef, M., et H. Walach. «The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis», *Preventive Medicine*, vol. 55, n° 3, septembre 2012, p. 163-170.
- [4] Paquin, S., et M. Laurin. *Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités*.
- [5] Le Bodo, Y., Blouin, C., Dumas, N., De Wals, P., et J. Laguë. (2016). *Comment faire mieux? : l'expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité*, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO).
- [6] Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., et F. Bellisle. «Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting», *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 27, n° 2, avril 2004, p. 107-116.
- [7] de Ridder, D., Kroese, F., Evers, C., Adriaanse, M., et M. Gillebaart. «Healthy diet: Health impact, prevalence, correlates, and interventions», *Psychology & Health*, vol. 32, n° 8, avril 2017, p. 907-941.
- [8] Gouvernement du Québec. *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*. Accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000791/> (Consulté en février 2018).
- [9] Buhendwa Mirindi, V. (2013). *Relations entre l'excès de poids, la qualité de l'alimentation et l'insécurité alimentaire chez les Premières Nations vivant sur les réserves de la Colombie-Britannique, Canada*. Accessible en ligne : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9139/Buhendwa_Victor_M_2013_These.pdf (Consulté en novembre 2017).
- [10] Kirkpatrick, S. I., et V. Tarasuk. «Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents», *The Journal of Nutrition*, vol. 138, n° 3, mars 2008, p. 604-612.
- [11] Johnson, S. (2016). *Healthy Food Guidelines for First Nations Communities*, First Nations Health Authority. Accessible en ligne : http://www.fnha.ca/documents/healthy_food_guidelines_for_first_nations_communities.pdf (Consulté en novembre 2017).

- [12] Institut national de santé publique du Québec (2015). *L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec*. Accessible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2054_alimentation_premieres_nations_inuits.pdf (Consulté en janvier 2018).
- [13] Santé Canada (2010). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis*. Accessible en ligne : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/fnim-pnim/2007_fnim-pnim_food-guide-aliment-fra.pdf (Consulté en novembre 2017).
- [14] Popkin, B. M., D'Anci, K. E., et I. H. Rosenberg. « Water, Hydration, and Health », *Nutrition Reviews*, vol. 68, n° 8, août 2010, p. 439-458.
- [15] Agnolon, M. C. *Déclencher le changement institutionnel : une analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre initiale des lignes directrices en allaitement maternel au Québec*.
- [16] Organisation mondiale de la Santé (2002). *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Rapport du Secrétariat*. Accessible en ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84719/1/fa5515.pdf> (Consulté en novembre 2017).
- [17] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008 : Alimentation et activité physique*, Wendake.
- [18] Faught, E. L., Gleddie, D., Storey, K. E., Davison, C. M., et P. J. Veugelers. « Healthy lifestyle behaviours are positively and independently associated with academic achievement: An analysis of self-reported data from a nationally representative sample of Canadian early adolescents », *PLOS ONE*, vol. 12, n° 7, juillet 2017.
- [19] Burrows, T. L., Whatnall, M. C., Patterson, A. J., et M. J. Hutchesson. « Associations between Dietary Intake and Academic Achievement in College Students: A Systematic Review », *healthcare*, vol. 5, n° 4, septembre 2017, p. 60.
- [20] Williams, P. G. « The Benefits of Breakfast Cereal Consumption: A Systematic Review of the Evidence Base », *Advances in Nutrition*, vol. 5, n° 5, septembre 2014, p. 636S-673S.
- [21] Expertise collective (2014). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Accessible en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000279.pdf>.
- [22] Organisation mondiale de la Santé (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Accessible en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf (Consulté en novembre 2017).
- [23] Institut national de santé publique du Québec (2016). *Le temps d'écran, une autre habitude de vie associée à la santé*. Accessible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2154_temps_ecran_habitudes_vie.pdf (Consulté en novembre 2017).



MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «*» ont un coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 % et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «**» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3 %. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5 %. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95 %.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit¹ :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

¹ AANC <http://fnppn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].

Rédaction

Nicolas Couët, analyste de données,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

Révision du contenu

Alexandra Picard Sioui, Conseillère en nutrition,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Francine Vincent, Agente de programme – vie saine,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Geneviève Voyer, Agente de développement- projets en santé,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Marie-Noëlle Caron, Conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la
recherche, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,
CSSSPNQL

Vicky Viens

Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement
à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : CSSSPNQL, iStock, Marc Tremblay, Shutterstock
et Thinkstock.

Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :
Alimentation et activité physique*. Wendake : CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-155-7

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018