

O

bésité, embonpoint et origine ethnique

Mark S. Tremblay, Claudio E. Pérez, Chris I. Ardern, Shirley N. Bryan
et Peter T. Katzmarzyk

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité autodéclarés, fondés sur l'indice de masse corporelle (IMC), selon l'origine ethnique. Il examine en outre à cet égard l'influence de la période écoulée depuis l'immigration, tant au sein même des groupes ethniques qu'entre eux.

Source des données

Les résultats sont fondés sur les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Techniques d'analyse

Des prévalences pondérées de l'embonpoint (IMC ≥ 25) et de l'obésité (IMC ≥ 30) ont été calculées selon le sexe et l'origine ethnique pour la population de 20 à 64 ans. Des modèles de régression logistique multiple ont servi à examiner les associations entre l'embonpoint ou l'obésité et l'origine ethnique, ainsi qu'entre les groupes ethniques et au sein de ces groupes selon la période écoulée depuis l'immigration, compte tenu des effets de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et de l'activité physique.

Principaux résultats

La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est la plus forte tant chez les hommes que chez les femmes autochtones, et la plus faible chez les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est. Indépendamment de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et de l'activité physique, la cote exprimant le risque de faire de l'embonpoint et d'être obèse est plus élevée chez les Autochtones que chez les personnes de race blanche, tandis qu'elle est significativement plus faible chez les Sud-Asiatiques et les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est. La prévalence de l'embonpoint est significativement plus faible chez les nouveaux immigrants (arrivés il y a 10 ans ou moins) que chez les non-immigrants, mais cette différence a tendance à s'estomper au fil du temps.

Most-clés

Race, indice de masse corporelle, immigration, situation socioéconomique.

Auteurs

Mark S. Tremblay (613-951-4385; Mark.Tremblay@statcan.ca) et Shirley N. Bryan travaillent à la Division de la statistique de la santé et Claudio E. Pérez travaille à la Division des industries de service à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6. Chris I. Ardern et Peter T. Katzmarzyk fréquentent l'Université Queen's, Kingston, Ontario.

Depuis plusieurs décennies, la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint augmente au Canada¹⁻⁶, comme dans de nombreuses régions du monde développé et en développement^{7,8}. Le lien étroit entre l'obésité et les risques pour la santé^{7,9-12} présage de graves conséquences sociales et économiques.

L'augmentation de l'obésité reflète un environnement qui est de plus en plus propice à la prise de poids¹³. La réduction de l'activité physique et l'évolution des habitudes alimentaires ont mené chez de nombreuses personnes à un bilan énergétique positif soutenu. Toutefois, les données recueillies laissent entendre qu'une interaction entre les prédispositions génétiques et l'environnement¹⁴, qui n'est pas la même pour tous les groupes ethniques^{15,16}, influe également sur la probabilité d'être obèse. Outre les prédispositions génétiques éventuelles, les groupes ethniques présentent des différences en ce qui a trait à d'autres déterminants importants de l'obésité, notamment la situation socioéconomique et les comportements liés au mode de vie.

Méthodologie

Source des données

La présente analyse est fondée sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et de 2003 menée par Statistique Canada. L'ESCC est conçue pour recueillir des renseignements transversaux sur la santé de la population à domicile de 12 ans et plus de toutes les provinces et des territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes, les pensionnaires d'établissements (prisons, hôpitaux, universités) et les résidents de certaines régions éloignées.

Le premier cycle (1.1) a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivi pendant 14 mois. La moitié des entrevues ont été réalisées sur place. Le taux de réponse a été de 84,7 %, ce qui a produit un échantillon de 131 573 personnes. Cette analyse se limite aux 86 687 personnes de 20 à 64 ans pour lesquelles des données sur l'indice de masse corporelle (IMC) étaient disponibles, soit un groupe représentant quelque 18,4 millions de personnes.

Le deuxième cycle (2.1) a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette année-là. Contrairement au premier cycle, la plupart des entrevues ont été menées par téléphone ce qui a peut-être donné lieu à des déclarations biaisées différemment (dans l'un et l'autre cycle) de la taille et du poids. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a donné un échantillon de 135 573 personnes. Cette analyse porte sur 84 709 personnes de 20 à 64 ans pour lesquelles des données sur l'indice de masse corporelle étaient disponibles, soit un groupe représentant quelque 18,8 millions de personnes. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'entrevue de l'ESCC sont décrits de façon plus détaillée dans un article paru antérieurement¹⁷.

Les deux échantillons ont été combinés de manière à augmenter la taille de l'échantillon; ainsi, les résultats représentent deux périodes, soit 2000-2001 et 2003, et un échantillon de taille non pondérée composé de 171 396 personnes. La répartition de l'échantillon selon le groupe ethnique correspond à celle du Recensement de 2001.

Techniques d'analyse

Pour les échantillons combinés de 2000-2001 et 2003, les estimations de la prévalence et les estimations de la cote exprimant le risque d'embonpoint et d'obésité selon l'origine ethnique ont été pondérées de manière à représenter la population canadienne à domicile de 20 à 64 ans pour les deux années d'enquête (tableaux A et B en annexe). Ainsi, le total pondéré correspond au double de la population canadienne, mais cela n'a pas d'effet sur les estimations

de la prévalence ou de la cote exprimant le risque. Les modèles de régression logistique ont été construits pour tenir compte de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et du niveau d'activité physique durant les loisirs (voir *Définitions*). Les enregistrements pour lesquels des valeurs manquaient pour les variables indépendantes ont été éliminés. Les modèles ont été répétés pour les sous-populations selon le statut d'immigrant et la période écoulée depuis l'immigration (0 à 10 ans et 11 ans ou plus). Pour les modèles se limitant aux immigrants, les personnes déclarant leur origine ethnique comme étant Autochtone d'Amérique du Nord (7 enregistrements) ont été éliminées. Pour tenir compte de l'effet du plan d'enquête, les coefficients de variation et les valeurs p ont été estimés et on a appliqué la méthode du *bootstrap* pour les tests de signification^{18,19}. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Limites

Malgré le grand échantillon représentatif sur le plan national, la présente étude comporte plusieurs limites. La dépendance à l'égard de l'autodéclaration est l'une des plus importantes. Comme les calculs de l'IMC sont fondés sur la taille et le poids autodéclarés, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité pourrait être sous-estimée^{20,21}. En outre, 70 % des entrevues du cycle 2.1 ont été menées par téléphone comparativement à 50 % des entrevues du cycle 1.1, ce qui a pour effet de biaiser encore davantage le poids autodéclaré²². L'origine ethnique peut également influencer sur la taille et le poids autodéclarés²³, étant donné les différentes perceptions de l'image corporelle et de l'insatisfaction face au corps²⁴⁻²⁸. La classification de l'activité physique repose également sur des données autodéclarées et ne porte que sur les loisirs.

Étant donné la petite taille de l'échantillon dans le cas de certains groupes ethniques (limite en grande partie compensée par le regroupement des deux cycles de l'enquête), des estimations valides de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité ne pouvaient être produites que pour des catégories générales, de sorte que des renseignements précieux sont peut-être restés cachés. En outre, les données recueillies donnent à penser que l'utilisation des termes « race » et « origine ethnique » peut être une source de confusion pour certains participants à l'enquête²⁹.

Enfin, les résultats pour les peuples d'origine autochtone montrent une prévalence exceptionnellement élevée de l'embonpoint et de l'obésité. Toutefois, les données ne brossent qu'un tableau partiel de la situation, puisqu'elles ne portent que sur la population hors réserve.

Définition de l'origine ethnique

Le concept d'origine ethnique est fluide et complexe³⁰. Les ouvrages publiés sur la santé publique ne font pas de distinction claire entre les expressions « origine ethnique » et « race ». L'« origine ethnique » sous-entend la présence de similarités culturelles entre les personnes, tandis que la « race » sous-entend la présence de caractéristiques biologiques indiquant des similarités génétiques importantes. Dans la pratique, les deux expressions sont souvent utilisées de façon interchangeable ou sont combinées en une seule entité telle que « race/origine ethnique »³⁰. Dans le présent article, l'« origine ethnique » autodéclarée se rapporte à l'un des sous-groupes identifiables sur le plan racial ou culturel de la population canadienne.

Pour les besoins de la présente analyse, l'« origine ethnique » est fondée sur la question suivante tirée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées : Êtes-vous (l'intervieweur lisait les catégories au répondant et permettait des réponses multiples) :

1. Blanc(che)? »
2. Chinois(e)? »
3. Sud-Asiatique (p. ex., Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Sri-Lankais(e), etc.)? »
4. Noir(e)? »
5. Philippin(e)? »
6. Latino-américain(e)? »
7. Asiatique du Sud-Est (p. ex., Cambodgien(ne), Indonésien(ne), Laotien(ne), Vietnamien(ne), etc.)? »
8. Arabe? »
9. Asiatique occidentale (p. ex., Afghan(e), Iranien(ne), etc.)? »
10. Japonais(e)? »
11. Coréen(ne)? »
12. Autochtone d'Amérique du Nord (Indien(ne) de l'Amérique du Nord, Métis(se), Inuit(e)/Eskimau(de))? »
13. Autres – Précisez »

Pour éviter des échantillons de trop petite taille, les participants à l'enquête ont été regroupés selon les origines ethniques suivantes : Blancs (1), Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est (2, 5, 7, 10, 11), Asiatiques de l'Ouest ou Arabes (8, 9), Asiatiques du Sud (3), Latino-américains (6), Noirs (4), Autochtones (12) et autres (13 – réponses multiples et non-réponse/he sais pas/refus). Ces groupes ethniques autodéclarés sont utilisés pour les besoins du présent article mais, lorsqu'on cite des ouvrages à l'appui, la terminologie utilisée dans la source citée est préservée (p. ex., si une source utilise l'expression « Premières nations », celle-ci n'est pas remplacée par « Autochtones »).

Les analyses des données de la National Health and Nutrition Examination Survey aux États-Unis^{31,32} ont révélé des différences entre divers groupes ethniques sur le plan de l'obésité et de l'embonpoint. Au Canada, des études régionales de moindre envergure ont révélé une prévalence plus élevée de l'embonpoint chez les enfants et les adolescents d'ascendance autochtone comparativement à ceux d'ascendance européenne³³⁻³⁶, à l'instar de la situation observée dans d'autres populations autochtones^{37,38}. En outre, selon un nombre croissant d'ouvrages, les immigrants qui s'établissent en Amérique du Nord sont vraisemblablement moins susceptibles que la population hôte de faire de l'embonpoint³⁹. Cependant, en l'espace de deux ou trois générations, la prévalence de l'embonpoint chez ces groupes dépasse souvent celle de l'embonpoint chez les non-immigrants^{39,40}.

Seul un petit nombre d'études ont traité de l'embonpoint et de l'obésité chez les groupes ethniques au Canada (voir *Définition de l'origine ethnique*). Les questionnaires d'enquête sont habituellement conçus de sorte à ne demander aucune précision quant à l'origine ethnique, d'où les lacunes des données à cet égard. Toutefois, lorsque de tels renseignements sont demandés, les échantillons sont généralement de trop petite taille pour permettre d'établir des estimations fiables à l'endroit de certains groupes précis. Or, les cycles 1.1 (2000-2001) et 2.1 (2003) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournissent tous deux des renseignements sur l'origine ethnique de quelque 130 000 participants à l'enquête (voir *Méthodologie* et *Définitions*). Dans le présent article, l'embonpoint et l'obésité dans différents groupes ethniques et selon le statut d'immigrant sont comparés au moyen des données combinées de ces deux cycles de l'ESCC. Comme il s'agit de renseignements autodéclarés, l'embonpoint et l'obésité réels peuvent être sous-estimés. Toutefois, l'analyse porte moins sur la prévalence du surpoids que sur les différences entre les groupes ethniques, sur lesquelles l'autodéclaration devrait avoir une incidence moindre.

Étant donné le caractère multiculturel de la société canadienne⁴¹, une analyse de l'embonpoint et de l'obésité selon de grandes catégories ethniques est une étape importante de la détermination des groupes à risque élevé. Une telle analyse peut certes être utile à l'élaboration de stratégies de prévention de l'obésité, d'autant que 18 % de la population canadienne est née à l'extérieur du pays et que les minorités visibles représentent 13 % de la population canadienne⁴¹.

Des tendances uniformes

L'analyse des données combinées de l'ESCC de 2000-2001 et de 2003 révèle des différences significatives entre les groupes ethniques quant à la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Ces différences, observées en considérant l'indice de masse corporelle (IMC), touchent les personnes de 20 à 64 ans (voir *Détermination de l'embonpoint et de l'obésité*). D'après leurs taille et poids autodéclarés, environ la moitié des Blancs (qui représentaient plus de 80 % de la population) faisaient de l'embonpoint (incluant les personnes qui étaient obèses). Les

Détermination de l'embonpoint et de l'obésité

L'embonpoint et l'obésité sont fondés sur l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les catégories d'IMC utilisées dans la présente analyse ont été attribuées selon les lignes directrices de Santé Canada⁴², lesquelles s'appliquent aux personnes de 18 à 64 ans à l'exception des femmes enceintes et de celles qui allaitent. Les personnes dont l'IMC était égal ou supérieur à 30 kg/m² étaient considérées comme obèses; celles dont l'IMC était égal ou supérieur à 25 kg/m² étaient considérées comme faisant de l'embonpoint (l'embonpoint inclut l'obésité).

Par exemple, l'IMC d'une personne qui mesure 1,7 mètre (5 pieds 7 pouces) et qui pèse 80 kilogrammes (176 livres) est :

$$80 \div 1,7^2 = 27,7 \text{ kg/m}^2$$

Cette personne fait de l'embonpoint. Si elle pesait 90 kilogrammes (198 livres), son IMC serait :

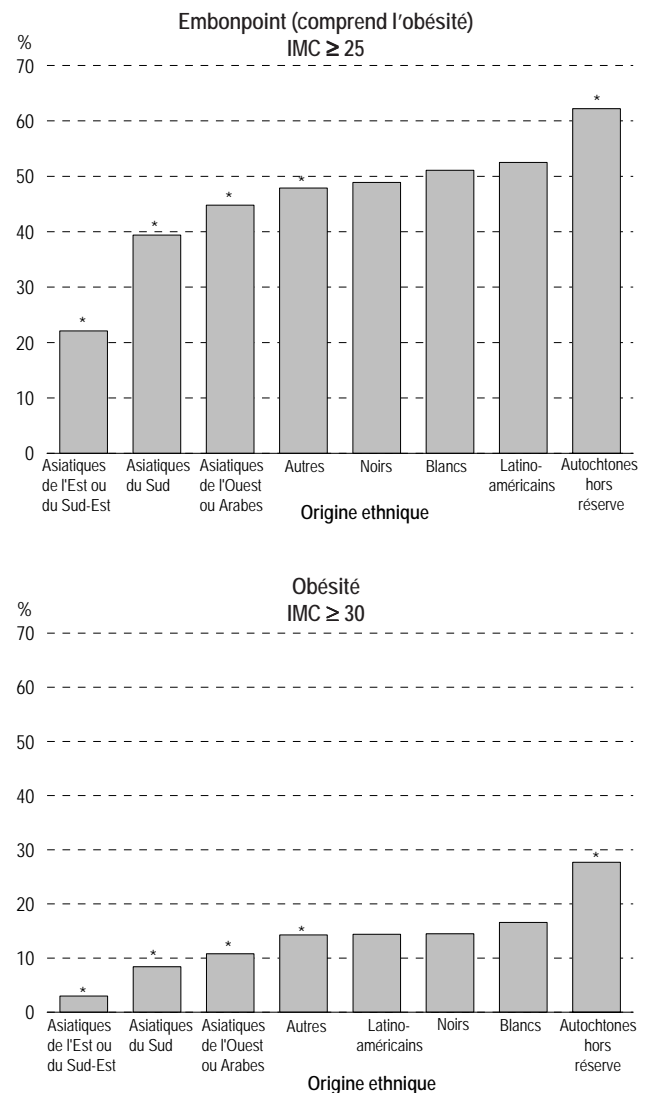
$$90 \div 1,7^2 = 31,1 \text{ kg/m}^2$$

et elle entrerait alors dans la catégorie « obèse ».

Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est avaient la plus faible prévalence autodéclarée de l'embonpoint (22 %), tandis que les Autochtones hors réserve avaient la prévalence la plus élevée (63 %) (graphique 1). Seulement 3 % des Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est étaient obèses, comparativement à 17 % des Blancs et à 28 % des Autochtones. Ces tendances s'observent tant chez les hommes que chez les femmes (graphique 2).

Graphique 1

Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, selon le groupe ethnique, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

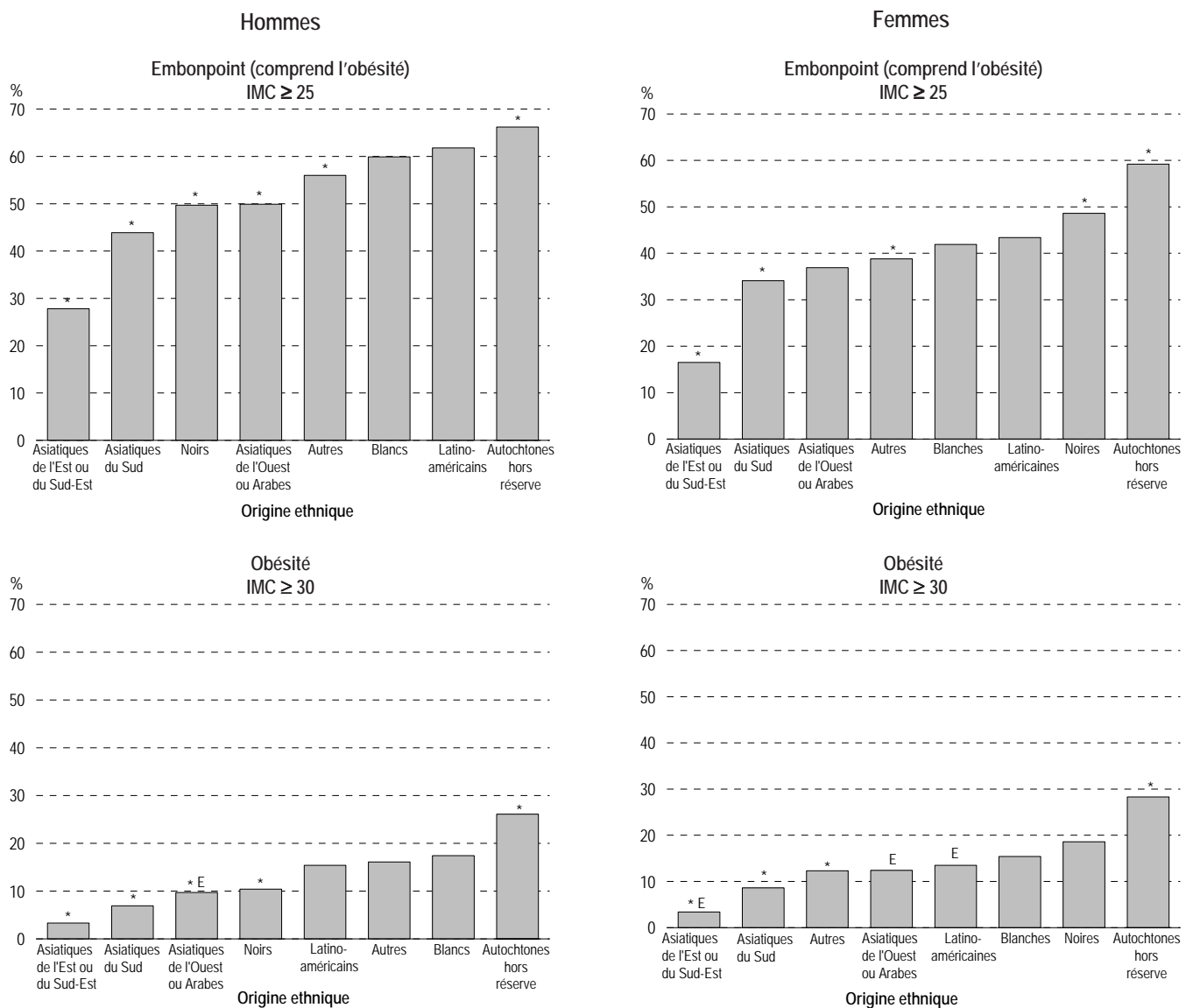
* Valeur significativement différente de l'estimation pour les Blancs ($p < 0,05$).

De nombreux facteurs autres que l'origine ethnique, notamment les caractéristiques démographiques, la situation socioéconomique et le mode de vie, influent sur la probabilité de faire de l'embonpoint ou d'être obèse. D'ailleurs, chez les hommes, la cote exprimant le risque de faire de l'embonpoint et d'être obèse augmente avec l'âge (tableau 1). En outre, un faible niveau de scolarité et de faibles niveaux d'activité physique sont associés

de façon significative à l'embonpoint et à l'obésité chez les hommes. Le faible revenu, par contre, semble préserver de l'embonpoint, mais non de l'obésité.

Lorsque les effets de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'activité physique sont pris en compte, les différences ethniques sur le plan de l'embonpoint et de l'obésité chez les hommes persistent. La cote exprimant le risque de faire de

Graphique 2
Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, selon le sexe et le groupe ethnique, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les Blancs ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

l'embonpoint et d'être obèse est significativement plus élevée chez les hommes autochtones que chez les hommes de race blanche; elle est significativement plus faible chez les hommes originaires de l'Asie de l'Est ou du Sud-Est et de l'Asie du Sud ainsi que chez les hommes de race noire. La cote exprimant le risque d'obésité est faible chez les hommes originaires de l'Asie de l'Ouest ou arabes, mais ces derniers ne sont ni plus ni moins susceptibles que les hommes de race blanche de faire de l'embonpoint.

Chez les femmes, la relation entre l'origine ethnique, l'embonpoint et l'obésité s'apparente à celle des hommes. La cote exprimant le risque de faire de l'embonpoint ou d'être obèse est deux fois plus élevée chez les femmes autochtones que chez les femmes de race blanche, tandis qu'elle est significativement plus faible chez les femmes originaires de l'Asie de l'Est ou du Sud-Est, de l'Asie du Sud et de l'Asie de l'Ouest ou chez les femmes arabes. Toutefois, contrairement à la situation observée dans le cas de leurs homologues de sexe

Tableau 1

Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre, d'une part, l'origine ethnique et certaines caractéristiques et, d'autre part, l'embonpoint et l'obésité, selon le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées

	Embonpoint (IMC ≥ 25)				Obésité (IMC ≥ 30)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Origine ethnique								
Blancs [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autochtones (hors réserve)	1,7*	1,4-2,0	2,0*	1,7-2,3	1,7*	1,4-2,1	2,0*	1,7-2,4
Latino-américains	1,2	0,9-1,6	1,2	0,9-1,6	1,0	0,7-1,6	0,8	0,5-1,3
Autre, multiple ou inconnue	0,9	0,8-1,1	1,1	0,9-1,3	1,0	0,8-1,3	0,9	0,7-1,2
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	0,8	0,6-1,0	0,7*	0,5-1,0	0,5*	0,4-0,8	0,6*	0,4-0,9
Noirs	0,7*	0,5-0,9	1,2	1,0-1,5	0,5*	0,4-0,7	1,0	0,7-1,4
Asiatiques du Sud	0,6*	0,5-0,7	0,7*	0,6-0,9	0,5*	0,3-0,6	0,4*	0,3-0,6
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,2-0,3	0,3*	0,2-0,3	0,2*	0,1-0,2	0,2*	0,1-0,2
Groupe d'âge								
20 à 34 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
35 à 49 ans	1,7*	1,6-1,8	1,5*	1,5-1,6	1,2*	1,2-1,3	1,4*	1,3-1,5
50 à 64 ans	2,0*	1,8-2,1	2,5*	2,4-2,7	1,5*	1,4-1,6	1,8*	1,7-2,0
Revenu du ménage								
Inférieur	0,5*	0,5-0,6	1,1	1,0-1,2	0,9	0,7-1,0	1,4*	1,2-1,6
Moyen-inférieur	0,7*	0,6-0,8	1,3*	1,2-1,5	1,0	0,8-1,1	1,6*	1,4-1,8
Moyen	0,7*	0,7-0,8	1,3*	1,2-1,4	0,9	0,8-1,0	1,5*	1,4-1,6
Moyen-supérieur	0,9*	0,8-0,9	1,2*	1,1-1,3	1,0	0,9-1,0	1,3*	1,2-1,4
Supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	1,1*	1,0-1,2	1,5*	1,4-1,6	1,3*	1,2-1,4	1,5*	1,3-1,6
Diplôme d'études secondaires	1,1*	1,0-1,2	1,2*	1,2-1,3	1,2*	1,1-1,3	1,2*	1,1-1,3
Études postsecondaires partielles	1,0	0,9-1,1	1,1*	1,0-1,2	1,1	0,9-1,2	1,2*	1,1-1,3
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Activité physique								
Actif(ve) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Modérément actif(ve)	1,2*	1,1-1,2	1,4*	1,3-1,4	1,4*	1,3-1,5	1,4*	1,3-1,6
Inactif(ve)	1,1*	1,1-1,2	1,6*	1,5-1,7	1,6*	1,5-1,7	1,9*	1,8-2,1

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

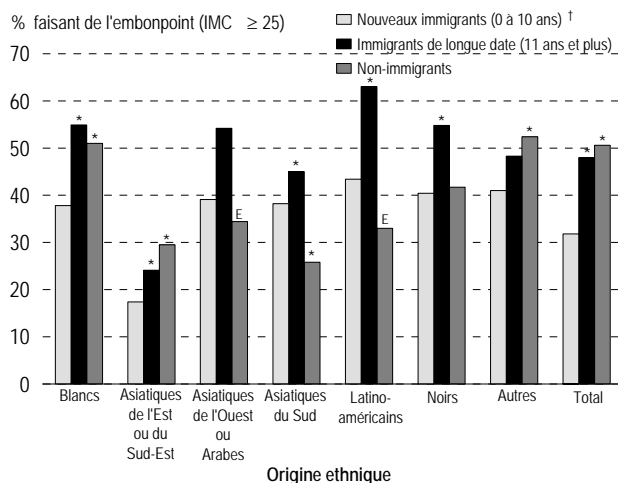
masculin, la cote exprimant le risque d'embonpoint ou d'obésité chez les femmes de race noire n'est pas significativement différente de celle des femmes de race blanche.

Comme chez les hommes, la cote exprimant le risque d'embonpoint et d'obésité chez les femmes augmente avec l'âge. En outre, de faibles niveaux d'activité physique et de scolarité sont également associés à une augmentation sensible de la cote exprimant le risque d'embonpoint et d'obésité chez les femmes. Contrairement à la situation chez les hommes, toutefois, le fait de vivre dans un ménage à faible revenu est un prédicteur puissant de l'embonpoint ainsi que de l'obésité chez les femmes.

Période écoulée depuis l'immigration

Certaines des différences sur le plan de la prévalence autodéclarée de l'embonpoint et de l'obésité entre les groupes ethniques sont attribuables au lieu de naissance et à la période écoulée depuis l'immigration au Canada (graphique 3). La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est plus

Graphique 3
Prévalence de l'embonpoint, selon l'origine ethnique et le statut d'immigrant, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les nouveaux immigrants ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Définitions

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le statut d'immigrant est fondé sur le pays de naissance indiqué par les participants. Ceux qui ont indiqué un pays autre que le Canada se sont vu demander s'ils étaient citoyens canadiens de naissance. S'ils ont dit « non », ils ont été classés comme immigrants. Les participants à l'enquête qui étaient des immigrants ont été invités à préciser en quelle année ils avaient immigré au Canada. Une comparaison de cette année et de celle de l'entrevue a permis de déterminer la période écoulée depuis l'immigration.

Le revenu du ménage était fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Quatre niveaux de scolarité ont été utilisés : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Le niveau d'activité physique a été déterminé en demandant aux participants s'ils ont fait les activités suivantes durant leurs loisirs au cours des trois derniers mois : marche pour faire de l'exercice, jardinage ou travaux à l'extérieur, natation, bicyclette, danse moderne ou danse sociale, exercices à la maison, hockey sur glace, patinage sur glace, patins à roues alignées, jogging ou course, golf, classes d'exercices ou aérobic, ski alpin ou planche à neige, quilles, baseball ou balle molle, tennis, poids et haltères, pêche, volleyball, basketball (ballon panier), soccer et toutes autres activités physiques non précisées par l'intervieweur. On leur a ensuite demandé combien de fois ils ont fait l'activité identifiée et pendant combien de temps à chaque fois. On s'est ensuite fondé sur ces données ainsi que sur la valeur de la DEM associée à chaque activité (demande d'énergie métabolique de l'activité) pour déterminer une valeur de la dépense d'énergie pour chaque participant, exprimée en kilocalories dépensées par kilo de masse corporelle par jour (kcal/kg par jour). Trois niveaux d'activité physique ont été établis : inactif (0 à 1,49 kcal/kg par jour), modérément actif (1,5 à 2,99 kcal/kg par jour) ou actif (3,0 ou plus kcal/kg par jour).

élevée chez les immigrants de longue date (11 ans et plus) que chez les nouveaux immigrants (10 ans et moins).

La prévalence plus élevée de l'embonpoint chez les immigrants de longue date tend à appuyer l'hypothèse selon laquelle l'effet de « l'immigrant en bonne santé » disparaît en une décennie dans le cas de tous les groupes ethniques. Ces conclusions correspondent à celles d'études canadiennes^{39,43} et américaines⁴⁴ antérieures. Ainsi, même si la prévalence de l'embonpoint est relativement faible chez certains groupes d'immigrants, elle est susceptible d'augmenter à mesure que le temps passe. L'augmentation de l'IMC tient peut-être au délaissement graduel du régime alimentaire et du

mode de vie d'un groupe ethnique au profit d'un régime alimentaire plus « occidental » et d'un mode de vie sédentaire, ou à une combinaison des deux.

Des différences tenant à l'origine ethnique ont toutefois été observées tant chez les nouveaux immigrants que chez les immigrants de longue date. Même lorsqu'on tient compte des effets de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et de l'activité physique, la cote exprimant le risque d'obésité est généralement plus faible chez les immigrants hommes et femmes originaires de l'Asie de l'Est ou de l'Asie du Sud-Est que chez les immigrants de race blanche (tableau 2). Peu importe quand elles ont immigré, la cote exprimant le risque d'embonpoint est plus élevée chez les femmes de

Tableau 2

Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre l'origine ethnique et l'embonpoint, selon le sexe et le statut d'immigrant, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées

	Nouveaux immigrants (0 à 10 ans)		Immigrants de longue date (11 ans et plus)		Non-immigrants	
	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %
Total						
Blancs†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,3- 0,4	0,3*	0,3- 0,4	0,5*	0,4- 0,7
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	1,3	0,9- 1,8	1,0	0,7- 1,5	0,8	0,4- 1,6
Asiatiques du Sud	1,0	0,8- 1,3	0,8*	0,7- 1,0	0,5*	0,3- 0,8
Latino-américains	1,6*	1,0- 2,5	1,6*	1,2- 2,2	0,5	0,2- 1,3
Noirs	1,2	0,8- 1,7	1,1	0,9- 1,4	0,8	0,6- 1,1
Autochtones (hors réserve)	...	...	...	...	1,8*	1,6- 2,0
Autres	1,2	0,8- 1,6	0,9	0,7- 1,1	1,3*	1,2- 1,5
Hommes						
Blancs†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,2- 0,5	0,2*	0,2- 0,3	0,6*	0,4- 0,8
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	1,0	0,6- 1,6	0,9	0,5- 1,5	0,7	0,2- 2,1
Asiatiques du Sud	0,8	0,5- 1,1	0,7*	0,5- 0,9	0,5*	0,3- 1,0
Latino-américains	1,8	0,9- 3,5	1,2	0,7- 1,8	1,3	0,3- 6,4
Noirs	0,7	0,4- 1,2	0,7	0,5- 1,0	0,7	0,5- 1,2
Autochtones (hors réserve)	...	...	...	...	1,7*	1,4- 2,1
Autres	0,9	0,6- 1,5	0,7*	0,5- 1,0	1,3*	1,1- 1,6
Femmes						
Blanches†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,2- 0,5	0,4*	0,3- 0,5	0,4*	0,3- 0,6
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	1,2	0,6- 2,2	1,0	0,6- 1,7	0,7	0,2- 1,8
Asiatiques du Sud	1,4	0,9- 2,1	0,9	0,7- 1,2	0,4	0,2- 1,2
Latino-américaines	1,6	0,8- 3,0	2,1*	1,4- 3,4	0,3	0,1- 1,2
Noires	1,9*	1,1- 3,2	1,6*	1,2- 2,2	0,9	0,5- 1,5
Autochtones (hors réserve)	...	...	...	...	2,0*	1,7- 2,3
Autres	1,6	0,9- 2,7	1,0	0,7- 1,4	1,4*	1,1- 1,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et 2003

Nota : L'embonpoint correspond à un indice de masse corporelle ≥ 25 ; l'obésité correspond à un indice de masse corporelle ≥ 30 . Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence.

‡ Tient compte de l'effet de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et du niveau d'activité physique.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

race noire que chez les immigrantes de race blanche. Il en va en outre ainsi des immigrantes de longue date originaires d'Amérique latine.

Mêmes tendances chez les non-immigrants

Les tendances ethniques quant à l'obésité se maintiennent tout autant parmi les non-immigrants. La cote exprimant le risque d'embonpoint est plus faible chez les personnes nées au pays mais qui sont toutefois d'origine sud-asiatique, est-asiatique ou sud-est-asiatique que chez les personnes de race blanche. Cette tendance vaut tant à l'endroit des hommes que des femmes et persiste en dépit de la prise en compte de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'activité physique.

Bien que la faible prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est s'apparente à ce que révèlent d'autres données^{45,46}, elle peut induire en erreur. L'indice de masse corporelle renseigne peu sur les différences éventuelles entre les groupes ethniques pour ce qui est des niveaux absolus d'adiposité, de la distribution de la masse adipeuse ou des conséquences subséquentes pour la santé. Après prise en compte de l'IMC, il a été montré que les Asiatiques ont un pourcentage plus élevé de tissus adipeux que leurs homologues européens ou de race blanche⁴⁷⁻⁴⁹. D'ailleurs, selon des études récentes, la prévalence de nombreux troubles métaboliques chez les Asiatiques ayant un IMC de 23 à 24 a augmenté, ce qui donne à penser que le seuil de 25 peut être trop élevé pour permettre d'identifier ceux qui courent des risques plus élevés^{46,50}.

De façon plus générale, des indices sans cesse croissants laissent croire que les lignes directrices générales actuelles en matière de poids corporel pourraient être insuffisantes pour permettre de cerner les risques pour la santé de façon égale dans tous les groupes ethniques^{45,51-53}. D'ailleurs, les Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes reconnaissent la nécessité de mener davantage de recherches dans ce domaine⁴².

La prévalence élevée de l'embonpoint et de l'obésité chez les Autochtones dont témoigne la présente analyse fait écho aux constatations d'études

communautaires^{6,33,36,54} et aux résultats obtenus en utilisant la taille et le poids mesurés directement auprès d'échantillons plus petits^{33,55}. Ces études donnent à penser qu'il faut considérer les Autochtones comme présentant un risque particulièrement élevé d'obésité et d'états comorbides connexes.

Mot de la fin

L'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle des associations étroites entre l'origine ethnique et la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Ces différences restent significatives même en tenant compte des effets de l'âge, de la situation socioéconomique, de l'activité physique et du lieu de naissance.

Outre les prédispositions génétiques, les groupes ethniques sont contraints à des pressions sociales et à des normes différentes en ce qui concerne les fourchettes de poids « acceptables »²⁸, ce qui peut expliquer partiellement certaines des variations sur le plan de l'obésité observées dans la présente analyse des données de l'ESCC. Les normes culturelles liées à l'activité physique (p. ex., pour le sexe, l'âge, le sport et la perception de l'intensité) et à la nutrition (habitudes alimentaires, aliments et quantités acceptables) peuvent également jouer un rôle sur le plan des différences.

Une analyse du problème selon le groupe ethnique est justifiée car une proportion importante et croissante de la population canadienne fait de l'embonpoint⁵⁶. L'information est particulièrement importante étant donnée l'épidémie émergente de diabète type 2⁵⁷ qui affecte de façon disproportionnée certains groupes ethniques, notamment les peuples autochtones^{58,59}.

Étant donné la diversité ethnique croissante du Canada, il importe de bien comprendre les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels différents groupes ethniques font de l'embonpoint, deviennent obèses et souffrent de troubles métaboliques connexes. De tels renseignements permettront de déterminer quels groupes présentent des risques élevés et de cibler les stratégies de prévention et d'intervention. ●

Références

1. M.S. Tremblay, P.T. Katzmarzyk et J.D. Willms, « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 2002, p. 538-543.
2. M.S. Tremblay et J.D. Willms, « Secular trends in the body mass index of Canadian children », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163, 2000, p. 1429-1433, erratum paru dans : *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, 2001, p. 970.
3. J.D. Willms, M.S. Tremblay et P.T. Katzmarzyk, « Geographic and demographic variation in the obesity of Canadian children », *Obesity Research*, 11, 2003, p. 668-673.
4. P.T. Katzmarzyk, « The Canadian obesity epidemic », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166, 2002, p. 1039-1040.
5. P.T. Katzmarzyk, « The Canadian obesity epidemic: An historical perspective », *Obesity Research*, 10, 2002, p. 666-674.
6. Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* (OMS, Série de rapports techniques n° 894), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
8. Organisation de coopération et de développement économiques, *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE de 2003*, Paris, OCDE, 2003.
9. US Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*, Pittsburgh, Pennsylvania, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
10. P.W. Wilson, R.B. D'Agostino, L. Sullivan *et al.*, « Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience », *Archives of Internal Medicine*, 162, 2002, p. 1867-1872.
11. G.A. Bray, « Overweight, mortality, and morbidity », *Physical Activity and Obesity*, publié sous la direction de C. Bouchard, Champaign, Illinois, Human Kinetics, 2000, p. 31-53.
12. P.T. Katzmarzyk, I. Janssen et C.I. Ardern, « Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality », *Obesity Reviews*, 4, 2003, p. 257-290.
13. J.O. Hill, H.R. Wyatt, G.W. Reed *et al.*, « Obesity and the environment: where do we go from here? », *Science*, 299, 2003, p. 853-855.
14. B.A. Beamer, « Genetic influences on obesity », *Obesity: Etiology, Assessment, Treatment and Prevention*, publié sous la direction de R.E. Andersen, Champaign, Illinois, Human Kinetics, 2003, p. 43-56.
15. K.M. Weiss, R.E. Ferrell et C.L. Hanis, « A new world syndrome of metabolic diseases with a genetic and evolutionary basis », *Yearbook of Physical Anthropology*, 27, 1984, p. 153-178.
16. R.F. Dyck, H. Klomp et L. Tan, « From "thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": The relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians », *La revue canadienne de santé publique*, 92, 2001, p. 340-344.
17. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
20. F. Paccaud, V. Wietlisbach et M. Rickenbach, « Body mass index: comparing mean values and prevalence rates from telephone and examination surveys », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49, 2001, p. 33-40.
21. R.S. Strauss, « Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 1999, p. 904-908.
22. M. St-Pierre et Y. Béland, « Mode effects in the Canadian Community Health Survey: a comparison of CAPI and CATI », *Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods Section*, 2004, Toronto, American Statistical Association, 2004.
23. N.D. Brener, T. Mcmanus, D.A. Galuska *et al.*, « Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students », *Journal of Adolescent Health*, 32, 2003, p. 281-287.
24. A. Yates, J. Edman et M. Arguete, « Ethnic differences in BMI and body/self-dissatisfaction among Whites, Asian subgroups, Pacific Islanders, and Africans-Americans », *Journal of Adolescent Health*, 34, 2004, p. 300-307.
25. S. Paeratakul, M.A. White, D.A. Williamson *et al.*, « Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight », *Obesity Research*, 10, 2002, p. 345-350.
26. M.L. Fitzgibbon, L.R. Blackman et M.E. Avellone, « The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups », *Obesity Research*, 8, 2000, p. 582-589.
27. P.A. Metcalf, R.K. Scragg, P. Willoughby *et al.*, « Ethnic differences in perceptions of body size in middle-aged European, Maori and Pacific people living in New Zealand », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 2000, p. 593-599.
28. J. Gittelsohn, S.B. Harris, A.L. Thorne-Lyman *et al.*, « Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada », *Journal of Nutrition*, 126, 1996, p. 2990-3000.
29. R.A. Hahn, B.I. Truman et N.D. Barker, « Identifying ancestry: the reliability of ancestral identification in the United States by self, proxy, interviewer, and funeral director », *Epidemiology*, 7, 1996, p. 75-80.

30. R.D. Comstock, E.M. Castillo et P. Lindsay, « Four-year review of the use of race and ethnicity in epidemiologic and public health research », *American Journal of Epidemiology*, 159, 2004, p. 611-619.
31. National Center for Health Statistics, « Healthy weight, overweight, and obesity among persons 20 years of age and over, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, 1960-62, 1971-74, 1976-80, 1988-94, 1999-2000 », National Health and Nutrition Examination Survey, Centers for Disease Control, 2004, disponible à : <http://www.cdc.gov/nchs/data/bus/tables/2002/02bus070.pdf>.
32. National Center for Health Statistics, « Overweight children and adolescents 6-19 years of age, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, selected years 1963-65 through 1999-2000 », National Health and Nutrition Examination Survey, Centers for Disease Control, 2004, disponible à : <http://www.cdc.gov/nchs/data/bus/tables/2002/02bus071.pdf>.
33. P.T. Katzmarzyk et R.M. Malina, « Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 1998, p. 1127-1131.
34. L. Bernard, C. Lavallée, K. Gray-Donald *et al.*, « Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing », *Journal of the American Dietetic Association*, 95, 1995, p. 800-802.
35. L. Potvin, S. Desrosiers, M. Trifonopoulos *et al.*, « Anthropometric characteristics of Mohawk children aged 6 to 11 years: a population perspective », *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 1999, p. 955-961.
36. A.J. Hanley, S.B. Harris, J. Gittelsohn *et al.*, « Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors », *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 2000, p. 693-700.
37. P.B. Crawford, M. Story, M.C. Wang *et al.*, « Ethnic issues in the epidemiology of childhood obesity », *Pediatric Clinics of North America*, 48, 2001, p. 855-878.
38. R.M. Malina, « Ethnic variation in the prevalence of obesity in North American children and youth », *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33, 1993, p. 389-396.
39. C.E. Pérez, « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 13(supplément), 2002, p. 99-111 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
40. B.M. Popkin et J.R. Udry, « Adolescent obesity increases significantly in second and third generation U.S. immigrants: The National Longitudinal Study of Adolescent Health », *Journal of Nutrition*, 128, 1998, p. 701-706.
41. Statistique Canada, *Portrait ethnoculturel du Canada : Une mosaïque en évolution*, Série « analyses », recensement de 2001, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2003 (Statistique Canada, n° 96F0030XIF2001008 au catalogue).
42. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003 (Santé Canada, n° H49-179/2003F au catalogue).
43. J. Cairney et T. Ostbye, « Time since immigration and excess body weight », *La revue canadienne de santé publique*, 90, 1999, p.120-124.
44. D.S. Lauderdale et P.J. Rathouz, « Body mass index in a US national sample of Asian Americans: effects of nativity, years since immigration and socioeconomic status », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 2000, p. 1188-1194.
45. W.H. Pan, K.M. Flegal, H.Y. Chang *et al.*, « Body mass index and obesity-related metabolic disorders in Taiwanese and US whites and blacks: implications for definitions of overweight and obesity for Asians », *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 2004, p. 31-39.
46. Y. Kim, Y.K. Suh et H. Choi, « Metabolic disorders in South Korean adults: 1998 Korea National Health and Nutrition Survey », *Obesity Research*, 12, 2004, p. 445-453.
47. P. Deurenburg, M. Yap et W.A. van Staveren, « Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 1998, p. 1164-1171.
48. M. Deurenberg-Yap, G. Schmidt, W.A. van Staveren *et al.*, « The paradox of low body mass index and high body fat percentage among Chinese, Malays and Indians in Singapore », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 2000, p. 1011-1017.
49. J. Wang, J.C. Thornton, M. Russell *et al.*, « Asians have lower body mass index (BMI) but higher percent body fat than do whites: comparisons of anthropometric measurements », *American Journal of Clinical Nutrition*, 60, 1994, p. 23-28.
50. G. Li, X. Chen, Y. Jang *et al.*, « Obesity, coronary heart disease risk factors and diabetes in Chinese: an approach to the criteria of obesity in the Chinese population », *Obesity Reviews*, 3, 2002, p. 167-172.
51. T. Nakagami, Q. Qiao, B. Carstensen *et al.*, « Age, body mass index and Type 2 diabetes—associations modified by ethnicity », *Diabetologia*, 46, 2003, p. 1063-1070.
52. M. Deurenberg-Yap, S.K. Chew, V.F. Lin *et al.*, « Relationships between indices of obesity and its co-morbidities in multi-ethnic Singapore », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25, 2001, p. 1554-1562.
53. O.R. Moon, N.S. Kim, S.M. Jang *et al.*, « The relationship between body mass index and the prevalence of obesity-related diseases based on the 1995 National Health Interview Survey in Korea », *Obesity Reviews*, 3, 2002, p. 191-196.
54. O.K. Horn, G. Paradis, L. Potvin *et al.*, « Correlates and predictors of adiposity among Mohawk children », *Preventive Medicine*, 33, 2001, p. 274-281.
55. S.S. Anand, S. Yusuf, R. Jacobs *et al.*, « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, 358, 2001, p. 1147-1153.
56. Statistique Canada, *Indicateurs de la santé*, 2004(1) (Statistique Canada, n° 82-221 au catalogue).
57. A.L. Rosenbloom, J.R. Joe, R.S. Young *et al.*, « Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth », *Diabetes Care*, 22, 1999, p. 345-354.
58. T.K. Young, J. Reading, B. Elias *et al.*, « Type 2 diabetes in Canada's first nations: status of an epidemic in progress », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(5), 2000, p. 561-566.
59. W.J. Millar et T.K. Young, « Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque », *Rapports sur la santé*, 14(3), 2003, p. 39-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A
Répartition de la population à domicile de 20 à 64 ans, selon l'origine ethnique

	Taille de l'échantillon		Population estimée	
	milliers	%	milliers	%
Cycle 1.1 (2000-2001)				
Total	86 687	100,0	18 381	100,0
Blancs	77 412	89,3	15 482	84,2
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	2 597	3,0	1 048	5,7
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	367	0,4	164	0,9
Asiatiques du Sud	1 031	1,2	526	2,9
Latino-américains	305	0,4	133	0,7
Noirs	691	0,8	318	1,7
Autochtones (hors réserve)	2 265	2,6	198	1,1
Autre, multiple ou inconnue	2 019	2,3	512	2,8
Cycle 2.1 (2003)				
Total	84 709	100,0	18 788	100,0
Blancs	73 329	86,6	15 217	81,0
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	2 516	3,0	1 123	6,0
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	389	0,5	170	0,9
Asiatiques du Sud	1 045	1,2	534	2,8
Latino-américains	383	0,5	190	1,0
Noirs	751	0,9	322	1,7
Autochtones (hors réserve)	2 455	2,9	200	1,1
Autre, multiple ou inconnue	3 841	4,5	1 032	5,5

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Tableau B
Répartition de certaines caractéristiques, selon l'indice de masse corporelle, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées

	Total			Embonpoint (IMC ≥ 25) [†]			Obésité (IMC ≥ 30)		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	171 396	37 169,2	100,0	89 921	18 202,3	100,0	30 732	5 745,7	100,0
Sexe									
Hommes	82 899	19 064,5	51,3	50 381	10 906,5	59,9	15 656	3 123,8	54,4
Femmes	88 497	18 104,7	48,7	39 540	7 295,8	40,1	15 076	2 621,9	45,6
Groupe d'âge									
20 à 34 ans	49 831	12 017,9	32,3	21 504	4 656,1	25,6	7 253	1 433,0	24,9
35 à 49 ans	66 427	14 971,2	40,3	34 694	7 511,9	41,3	11 633	2 314,4	40,3
50 à 64 ans	55 138	10 180,0	27,4	33 723	6 034,3	33,2	11 846	1 998,3	34,8
Origine ethnique									
Blancs	150 741	30 699,2	82,6	80 474	15 683,5	86,2	27 537	5 082,6	88,5
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	5 113	2 170,2	5,8	1 211	480,6	2,6	190	65,9	1,1
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	756	334,8	0,9	350	149,8	0,8	95	36,0	0,6
Asiatiques du Sud	2 076	1 060,0	2,9	839	418,1	2,3	179	89,9	1,6
Latino-américains	688	322,8	0,9	349	169,4	0,9	100	46,6	0,8
Noirs	1 442	640,7	1,7	722	313,3	1,7	220	93,1	1,6
Autochtones (hors réserve)	4 720	397,7	1,1	3 033	248,5	1,4	1 425	110,3	1,9
Autre, multiple ou inconnue	5 860	1 543,8	4,2	2 943	739,2	4,1	986	221,3	3,9
Statut d'immigrant									
Non-immigrants	146 948	28 690,2	77,2	78 810	14 565,1	80,0	27 677	4 796,4	83,5
Nouveaux immigrants (0 à 10 ans)	5 459	2 320,6	6,2	1 827	737,9	4,1	412	153,6	2,7
Immigrants de longue date (11 ans et plus)	15 997	5 307,6	14,3	7 915	2 547,4	14,0	2 250	700,8	12,2
Données manquantes	2 992	850,8	2,3	1 369	351,9	1,9	393	95,0	1,7
Niveau de scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	31 136	5 650,2	15,2	18 497	3 224,7	17,7	7 252	1 222,1	21,3
Diplôme d'études secondaires	33 297	7 393,9	19,9	17 693	3 686,0	20,3	6 044	1 186,3	20,6
Études postsecondaires partielles	13 315	3 115,6	8,4	6 537	1 393,4	7,7	2 253	447,4	7,8
Diplôme d'études postsecondaires	91 366	20 461,7	55,1	45 915	9 615,2	52,8	14 724	2 799,4	48,7
Données manquantes	2 282	547,8	1,5	1 279	283,0	1,6	459	90,5	1,6
Revenu du ménage									
Inférieur	7 360	1 115,2	3,0	3 598	483,5	2,7	1 514	183,5	3,2
Moyen-inférieur	10 651	1 866,9	5,0	5 400	891,3	4,9	2 232	337,5	5,9
Moyen	29 818	5 939,0	16,0	15 376	2 863,5	15,7	5 782	1 000,6	17,4
Moyen-supérieur	56 770	11 841,5	31,9	30 330	5 924,3	32,5	10 251	1 893,8	33,0
Supérieur	49 798	12 443,1	33,5	26 831	6 248,3	34,3	8 300	1 792,5	31,2
Données manquantes	16 999	3 963,5	10,7	8 386	1 791,5	9,8	2 653	537,8	9,4
Activité physique									
Actif(ve)	39 265	8 189,4	22,0	18 762	3 681,6	20,2	5 045	898,9	15,6
Modérément actif(ve)	41 849	8 838,5	23,8	21 742	4 337,7	23,8	6 997	1 296,0	22,6
Inactif(ve)	84 553	18 552,1	49,9	46 462	9 458,5	52,0	17 824	3 346,1	58,2
Données manquantes	5 729	1 589,2	4,3	2 955	724,6	4,0	866	204,7	3,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des chiffres peut ne pas correspondre au total indiqué.

† Comprend l'obésité.