



New  Nouveau  
**Brunswick**  
C A N A D A  
Santé et Mieux-être

# Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick



UNIVERSITÉ  
DE MONCTON

UNIVERSITY OF  
NEW BRUNSWICK   
**UNB**



Pour obtenir des exemplaires supplémentaires,  
veuillez communiquer avec :

Service provincial d'épidémiologie  
Ministère de la Santé et du Mieux-être  
C.P. 5100  
520 rue King, Place Carleton (2<sup>e</sup> étage)  
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8  
Téléphone : (506) 453-3092  
Télécopieur : (506) 453-2780

Ce rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante :  
<http://www.gnb.ca>, mot-clé : Santé

ISBN :1-55396-466-7

# Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick

## REMERCIEMENTS

### Équipe chargée de l'enquête :

- D<sup>r</sup> B. Christofer Balram, chercheur principal
- D<sup>re</sup> Lita Villalon, Co-chercheure/coordonnatrice de l'enquête et responsable du contrôle de la qualité
- Prof. Penny Ericson, Co-chercheure/responsable du contrôle de la qualité
- Gisèle McCaie-Burke, Consultante en nutrition/Coordinatrice
- John Boyne, Coordonnateur de l'enquête

### Équipe chargée de l'élaboration du rapport :

- D<sup>r</sup> B. Christofer Balram, épidémiologiste provincial et directeur, Service provincial d'épidémiologie du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- D<sup>re</sup> Lita Villalon, professeure titulaire, École des aliments, de nutrition et d'études familiales, Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Nouveau-Brunswick
- Prof. Penny Ericson, doyenne émérite de la faculté des sciences infirmières, University of New Brunswick
- Gisèle McCaie-Burke, chef de projet, Services de gestion de la santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- D<sup>r</sup> Jian Liu, biostatisticien, Service provincial d'épidémiologie du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- Aisha Khedheri, nutritionniste en santé publique du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

### Autres remerciements :

L'équipe chargée de l'enquête et celle chargée de l'élaboration du rapport désirent remercier les nombreuses autres personnes qui ont contribué au rapport sur l'enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. Se reporter au chapitre 1 de la section 1.5, intitulée « Autres remerciements ».

## RÉSUMÉ

Le présent rapport dévoile les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick de 1996-1997, la première enquête nutritionnelle d'envergure menée dans la province depuis 1972. Les résultats sont basés sur les entrevues réalisées auprès de 1 816 adultes âgés de 18 à 74 ans. L'enquête porte sur l'état du poids, l'apport en éléments nutritifs et l'apport de certains aliments sélectionnés, la contribution des groupes alimentaires aux apports nutritionnels, les attitudes et les comportements à l'égard de la santé et la nutrition, ainsi que la sécurité alimentaire.

La population adulte du Nouveau-Brunswick semble respecter les Apports nutritionnels de référence (ANREF) en ce qui a trait au pourcentage d'énergie provenant des matières grasses, des glucides et des protéines. Dans l'ensemble, le pourcentage de calories provenant de matières grasses a diminué depuis l'étude de 1972 et est maintenant inférieur à l'ANREF de 35 % actuellement recommandé.

En moyenne, l'alimentation des Néo-Brunswickois fournit des apports insuffisants en vitamines et en minéraux. L'apport en acide folique était insuffisant chez la plupart des adultes; les apports en vitamine A et en vitamine C étaient faibles pour une bonne partie de la population, et la majorité des Néo-Brunswickois présentaient une carence en magnésium ou en calcium. Ces résultats soulignent l'importance de choisir des aliments à grains entiers plutôt que des produits raffinés, de consommer des quantités suffisantes de produits laitiers fortifiés à faible teneur en gras et d'augmenter la consommation de légumes et de fruits. L'apport en vitamine B<sub>12</sub> diminue avec l'âge, d'où l'importance de promouvoir chez les personnes âgées une plus grande consommation de viandes maigres et de produits laitiers à faible teneur en gras. L'apport en thiamine et en zinc chez de nombreuses femmes était inférieur aux exigences, et l'apport en vitamine B<sub>6</sub> était faible pour tous les adultes âgés de plus de 50 ans; pour combler ces carences, on pourrait recommander à ces groupes d'augmenter leur consommation de viandes maigres et d'accorder une plus grande importance aux produits à grains entiers. Le rapport de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. n'a pas évalué l'utilisation de suppléments vitaminiques ou minéraux, mais ces données peuvent faire l'objet d'une étude ultérieure. Depuis la réalisation de cette enquête en 1996-1997, des mesures ont été prises par Santé Canada pour améliorer l'apport en certains nutriments chez des segments précis de la population. L'ajout obligatoire d'acide folique aux produits de farine a été mis en œuvre, la prise de suppléments d'acide folique est encouragée parmi les femmes en âge d'avoir des enfants, et la prise de suppléments de vitamine B<sub>12</sub> est conseillée pour les adultes âgés de plus de 50 ans conformément aux nouveaux ANREF.

La catégorie « Autres aliments » du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* comprend des aliments à haute valeur énergétique et à faible densité de nutriments, notamment les matières grasses et les sucres ajoutés, les boissons sucrées, les croustilles, les pommes de terre frites et les tablettes de chocolat. La catégorie « Autres aliments » fournit le plus grand pourcentage d'énergie, de matières grasses et de sodium dans l'alimentation des adultes du Nouveau-Brunswick. Les produits céréaliers représentent la plus importante source de glucides, de fibres, de magnésium, de thiamine et de fer. Le groupe des légumes et fruits fournit plus de la moitié de l'apport en vitamine C et offre

également le plus grand apport en vitamine A, en acide folique et en potassium. La moitié de la consommation de calcium provient du groupe des produits laitiers. Le groupe des viandes et substituts représente environ la moitié de l'apport en protéines et fournit le plus grand apport en vitamine B<sub>6</sub>, en vitamine B<sub>12</sub>, en phosphore, et en zinc. Les aliments individuels offrant la plus grande variété de nutriments sont la viande rouge, le lait de vache liquide et les légumes.

Seulement 26 % des hommes et 38 % des femmes dans la province ont un indice de masse corporelle acceptable. Moins de 1 % des hommes et 2 % des femmes avaient un poids insuffisant. Par conséquent, la majorité de la population affiche un poids excédentaire, ce qui augmente le risque de développer des maladies chroniques. L'enquête sur la nutrition révèle qu'une grande partie des adultes au Nouveau-Brunswick sont inactifs. Des statistiques plus récentes indiquent que les taux élevés d'excédent de poids et d'obésité déterminés par l'enquête de 1996-1997 constituent toujours une préoccupation. En effet, des études détaillées menées tout récemment sur les niveaux d'activité physique révèlent que bon nombre de Néo-Brunswickois sont demeurés inactifs.

Les femmes du Nouveau-Brunswick sont davantage conscientes du rapport qui existe entre la nutrition et la maladie et sont plus susceptibles que les hommes de mettre en pratique des recommandations relatives à une alimentation saine. Dans l'ensemble, la moitié de la population affirme choisir ou éviter certains aliments en fonction de leur teneur en éléments nutritifs. L'adoption d'un régime faible en gras et riche en légumes et fruits constitue le moyen le plus recommandé par les Néo-Brunswickois pour manger sainement.

Les apports en énergie, en protéines et en matières grasses sont semblables peu importe le revenu du ménage. Les apports en acide folique, en calcium, en fibres et en magnésium sont faibles pour tous les niveaux de revenu. Les adultes au niveau de revenu le plus faible présentent un risque nutritionnel accru, car leur apport en micronutriments est le plus faible dans l'ensemble. La majorité des adultes compris dans le groupe au revenu le plus faible sont âgés de 18 à 34 ans. Les hommes et les femmes âgés de plus de 65 ans représentent le plus grand pourcentage d'adultes dans les catégories combinées du revenu plus faible et du revenu le plus faible; ils courent ainsi un plus grand risque nutritionnel.

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick démontre que l'apport alimentaire de la plupart des adultes de la province respecte l'ANREF en ce qui concerne les apports en macronutriments, mais il ne fournit pas les quantités nécessaires de micronutriments. Cette carence, jumelée aux statistiques alarmantes concernant l'excédent de poids et l'obésité, signifie que les Néo-Brunswickois consomment une quantité suffisante de nourriture, mais leur alimentation n'est pas nutritionnellement équilibrée. L'excédent de poids ou l'obésité, un mode de vie inactif et une carence en micronutriments essentiels sont des facteurs qui augmentent, chez les adultes du Nouveau-Brunswick, le risque de développer des maladies chroniques. Une manière de remédier à ces problèmes consiste à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies de prévention exhaustives permettant d'atteindre et de maintenir un poids-santé, d'augmenter le niveau d'activité et de favoriser des choix alimentaires sains.

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	i
Résumé .....	ii
Acronymes.....	viii

---

<b>CHAPITRE 1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
-------------------	---------------------	----------

---

- 1.1 Justification
- 1.2 Contexte
- 1.3 Objectifs
- 1.4 Collaboration et financement
- 1.5 Autres remerciements

---

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>9</b>
-------------------	---------------------	----------

---

- 2.1 Échantillon
- 2.2 Questionnaires de l'enquête
  - 2.2.1 Rappel alimentaire de 24 heures
  - 2.2.2 Fréquence de consommation des aliments
  - 2.2.3 Questionnaire sur la nutrition et la santé
  - 2.2.4 Profil démographique
  - 2.2.5 Évaluation anthropométrique
- 2.3 Collecte des données
- 2.4 Contrôle de la qualité
  - 2.4.1 Formation des intervieweurs
  - 2.4.2 Formulaire de contrôle des données
  - 2.4.3 Modalités de modification
  - 2.4.4 Base de données de repérage
  - 2.4.5 Rétroaction sur le rendement
- 2.5 Entrée de données
  - 2.5.1 Logiciel d'information alimentaire canadienne
  - 2.5.2 Fichier canadien sur les éléments nutritifs
- 2.6 Analyse statistique
  - 2.6.1 Données démographiques et données du Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments
  - 2.6.2 Apport nutritionnel moyen
  - 2.6.3 Apport nutritionnel habituel
  - 2.6.4 Autres analyses
- 2.7 Comité d'experts

---

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>RÉPONSE ET NON-RÉPONSE</b>	<b>23</b>
-------------------	-------------------------------	-----------

---

- 3.1 Résultats de l'échantillon
- 3.2 Catégories de réponses
  - 3.2.1 Taux obtenus à l'intérieur de la portée
  - 3.2.2 Taux de cas réglés

- 3.2.3 Taux de refus
- 3.2.4 Taux de réponses
- 3.3 Questionnaire de non-réponse
- 3.4 Comparaison des répondants aux profils de la population
- 3.5 Poids d'échantillonnage
- 3.6 Résumé des limites de l'enquête

---

**CHAPITRE 4                    CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES                    32**

---

- 4.1 Région géographique
- 4.2 Âge et sexe
- 4.3 État matrimonial
- 4.4 Tabagisme
- 4.5 Éducation
- 4.6 Niveau de revenu adéquat

---

**CHAPITRE 5                    APPORTS ÉNERGÉTIQUES ET NUTRITIONNELS                    37**

---

- 5.1 Mesure des apports nutritionnels
  - 5.1.1 Différences selon le sexe
  - 5.1.2 Différences selon l'âge
  - 5.1.3 Différences par région géographique
  - 5.1.3 Différences par niveau d'éducation
- 5.2 Sources de l'apport énergétique
- 5.3 Comparaison avec les apports nutritionnels recommandés
  - 5.3.1 Recommandations relatives aux macronutriments
  - 5.3.2 Recommandations relatives aux micronutriments
  - 5.3.3 Fibres
- 5.4 Comparaison avec d'autres enquêtes provinciales sur la nutrition
- 5.5 Comparaison avec l'Enquête Nutrition Canada de 1972

---

**CHAPITRE 6                    POIDS CORPOREL ET SES FACTEURS DÉTERMINANTS                    65**

---

- 6.1 Méthodes
- 6.2 Indice de masse corporelle
- 6.3 Tour de taille
- 6.4 Activité physique
  - 6.4.1 Relation entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle
- 6.5 Apport énergétique
  - 6.5.1 Comparaison de l'apport énergétique déclaré et de la dépense énergétique
  - 6.5.2 Relation entre l'apport énergétique et l'indice de masse corporelle
- 6.6 Facteurs socioéconomiques
  - 6.6.1 Relation entre le niveau de revenu et l'indice de masse corporelle
  - 6.6.2 Relation entre le niveau d'éducation et l'indice de masse corporelle

<b>CHAPITRE 7</b>	<b>FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DES ALIMENTS</b>	<b>88</b>
7.1	Évaluation de la fréquence de consommation des aliments	
7.2	Consommation de légumes	
7.3	Consommation de viande et de substituts	
7.4	Consommation de produits laitiers	
7.5	Consommation de produits céréaliers sélectionnés	
7.6	Fréquence des repas à l'extérieur	
<b>CHAPITRE 8</b>	<b>GROUPES ALIMENTAIRES ET APPORTS NUTRITIONNELS</b>	<b>97</b>
8.1	Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de macronutriments	
8.2	Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport en fibres, en minéraux sélectionnés et en électrolytes	
8.3	Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de vitamines sélectionnées	
<b>CHAPITRE 9</b>	<b>ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA SANTÉ ET DE LA NUTRITION</b>	<b>106</b>
9.1	Attitudes à l'égard de la santé	
9.2	Attitudes relatives à la santé et à la prévention des maladies	
9.3	Façons perçues pour améliorer les habitudes alimentaires	
9.4	Sources d'information pour manger sainement	
9.4.1	Connaissance et utilisation du <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i>	
<b>CHAPITRE 10</b>	<b>SÉCURITÉ ALIMENTAIRE</b>	<b>120</b>
10.1	Recours aux banques alimentaires	
10.2	Insuffisance alimentaire	
10.3	Revenu adéquat et apports nutritionnels	
<b>CHAPITRE 11</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>124</b>
11.1	Orientations futures	
11.2	Recommandations des experts du comité de révision	
<b>CHAPITRE 12</b>	<b>CONCLUSIONS</b>	<b>134</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>		<b>139</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>145</b>
A.	Questionnaires de l'enquête.....	146
B.	Calendrier de formation .....	171

C. Formulaires de contrôle des données administratives .....	175
D. Tableaux et formulaires de non-réponse .....	181
E. Apports nutritionnels et intervalles de confiance.....	188
F. Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick .....	199
G. Liste des figures et des tableaux .....	201

## ACRONYMES

<b>AE</b>	Apport énergétique
<b>AGP</b>	Acide gras polyinsaturé
<b>AGS</b>	Acide gras saturé
<b>ANREF</b>	Apport nutritionnel de référence
<b>AS</b>	Apport suffisant
<b>BEE</b>	Besoin énergétique estimatif
<b>BME</b>	Besoin moyen estimatif
<b>BSBAI</b>	Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques, Santé Canada
<b>BSN</b>	Bureau des sciences de la nutrition
<b>CANDI</b>	Programme logiciel d'information alimentaire canadienne
<b>DET</b>	Dépense énergétique totale
<b>ENSP</b>	Enquête nationale sur la santé de la population
<b>ESCC</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
<b>ETC</b>	Enquête sur le tabagisme au Canada
<b>FAO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
<b>FCEN</b>	Fichier canadien sur les éléments nutritifs
<b>FFCA</b>	Questionnaire sur la fréquence de consommation
<b>Î.-P.-É.</b>	Île-du-Prince-Édouard
<b>IC</b>	Intervalle de confiance
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>MB</b>	Métabolisme de base
<b>MCV</b>	Maladie cardiovasculaire
<b>MG</b>	Matière grasse
<b>N.-B.</b>	Nouveau-Brunswick
<b>NAP</b>	Niveau d'activité physique
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>RIAMRNB</b>	Le registre d'inscription de l'Assurance maladie pour les résidents du Nouveau-Brunswick
<b>SFR</b>	Seuil de faible revenu de Statistique Canada
<b>TT</b>	Tour de taille
<b>UNU</b>	Université des Nations Unies
<b>USDA</b>	Département de l'Agriculture des États-Unis

# 1 INTRODUCTION

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a été menée en 1996 et 1997 afin de décrire les habitudes alimentaires, la répartition des apports nutritionnels ainsi que les attitudes et les connaissances nutritionnelles des adultes néo-brunswickois. On comptait parmi les enquêteurs des partenaires représentant le ministère de la Santé et du Mieux-être, l'Université de Moncton, University of New Brunswick, l'Association des diététistes du Nouveau-Brunswick ainsi que les divisions néo-brunswickoises de la Fondation des maladies du cœur du Canada, de la Société canadienne du cancer et de l'Association canadienne du diabète. Un protocole normalisé et approuvé par des collègues, élaboré initialement pour l'Enquête sur la nutrition en Nouvelle-Écosse, a été utilisé par la province du Nouveau-Brunswick ainsi que par cinq autres provinces (notamment l'Alberta, la Saskatchewan, le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve). Les données sur le Nouveau-Brunswick ont été recueillies principalement par des diététistes et des infirmières en santé communautaire par l'entremise d'entrevues effectuées à domicile. Un échantillon probabiliste d'environ 2 000 Néo-Brunswickois non institutionnalisés, âgés de 18 à 74 ans, a été prélevé du registre d'inscription de l'Assurance maladie pour les résidents du Nouveau-Brunswick (RIAMRNB), et le plan d'échantillonnage a été mené par Statistique Canada. La Direction des aliments du Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques de Santé Canada a fourni l'expertise technique nécessaire pour valider et traiter les données sur les apports alimentaires et celles provenant des questionnaires.

## 1.1 JUSTIFICATION

Les facteurs de risque pour développer des maladies cardiovasculaires (MCV) et d'autres maladies chroniques comprennent entre autres les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, l'inactivité physique, l'excédent de poids, l'hypertension artérielle et le diabète (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Selon l'Étude sur la santé cardiaque au Nouveau-Brunswick (1989), près de deux adultes néo-brunswickois sur trois présentent au moins un facteur de risque pour des MCV. Les Néo-Brunswickois sont peut-être plus à risque de développer des maladies chroniques en raison de leur taux d'inactivité physique plus élevé, du nombre élevé de fumeurs ainsi que d'une consommation insuffisante de légumes et de fruits (Statistique Canada 2000, cité par la Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Au cours des quelques dernières décennies, de nouvelles preuves d'observation et d'expérimentation ont démontré que l'alimentation jouait un rôle primordial dans l'étiologie des maladies chroniques, notamment les MCV, certains types de cancer, le diabète et l'obésité. Le fait d'investir dans la prévention des maladies chroniques et de combattre l'épidémie de l'obésité pourrait entraîner des économies importantes et avoir une incidence favorable sur la santé des Néo-Brunswickois (GPI Atlantic, 2001). La Fondation des maladies du cœur du Canada (2003) affirme que l'élimination des facteurs de risque pour la santé par d'interventions communautaires serait un moyen de prévenir de nombreuses maladies chroniques et elle met en garde que toute inaction à cet égard

permettra à l'épidémie des MCV de se répandre. La mise en œuvre de stratégies nutritionnelles efficaces est une composante essentielle de tout programme de santé publique visant à prévenir les MCV et à promouvoir la santé. Une description précise des habitudes alimentaires des Néo-Brunswickois est donc nécessaire. Les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick peuvent servir : à élaborer des programmes de sensibilisation crédibles destinés au public et aux professionnels, à soutenir des programmes de collaboration avec des bénévoles et le secteur privé, à faire un suivi des objectifs de santé pertinents fixés par la province et à améliorer les partenariats entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

## 1.2 CONTEXTE

Même si le taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires est à la baisse (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003), il constitue toujours la première cause de morbidité et de mortalité au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes. D'après Santé Canada (1999a), les maladies cardiovasculaires sont attribuables à 36,0 % des décès au pays. La Fondation des maladies du cœur (2003) estime que le nombre de cas de MCV augmentera au cours des 20 prochaines années en raison du vieillissement de notre population et de nos habitudes de vie malsaines. Malgré le déclin des taux de mortalité, les coûts économiques des MCV sont à la hausse en raison des efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie (Santé Canada, 1997). Le fardeau financier découlant des MCV au Canada est évalué à plus de dix-huit milliards de dollars par an (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Les maladies du système circulatoire sont la première cause de mortalité au Nouveau-Brunswick, selon les données recueillies entre 1994 et 1998 (New Brunswick Epidemiology Report, 2003b). Le taux de mortalité résultant des MCV au Nouveau-Brunswick est plus élevé que la moyenne nationale de 37,3 % (Santé Canada, 1999a). Certains facteurs, tels qu'un taux de cholestérol sanguin élevé, l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète, augmentent le risque de développer des MCV. Selon Statistique Canada (2000), 6,5 % des adultes néo-brunswickois âgés de plus de 20 ans souffrent d'hypertension artérielle, soit presque 2 % de plus que la moyenne nationale. Une alimentation saine peut jouer un rôle important dans l'atténuation des facteurs de risque liés aux maladies cardiaques. À titre d'exemple, des études récentes indiquent que la substitution des gras saturés par des gras monosaturés et polyinsaturés peut prévenir les maladies cardiaques et que l'absorption de certaines vitamines B semble être inversement associée au risque de développer des MCV (Association des diététistes du Nouveau-Brunswick et l'American Dietetic Association, 1999).

Environ 40 % des hommes et 35 % des femmes développeront le cancer au cours de leur vie (Santé Canada, 2001). Les statistiques de Santé Canada révèlent que le cancer est la cause de 27 % de tous les décès au NB et que le pourcentage au Canada en général est plus élevé, se chiffrant, 28,6 % (Santé Canada, 1999a). Même si l'on a observé au Nouveau-Brunswick une baisse d'environ 2 % des décès attribuables aux maladies circulatoires entre 1994 et 1998, le nombre de décès attribuables au cancer durant la même période a augmenté de 11,3 % (ministère de la Santé et du Mieux-être du

Nouveau-Brunswick). Le cancer était la deuxième cause de décès au Nouveau-Brunswick pour la période de 1994 à 1998 (ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick). On estime qu'au moins 20 % des décès attribuables au cancer sont associés à une mauvaise alimentation et à la consommation d'alcool (Santé Canada, 2003a). La Société canadienne du cancer affirme que de 30 à 40 % des cancers pourraient être prévenus par une alimentation saine, l'activité physique régulière et le maintien d'un poids-santé (American Institute for Cancer Research, 2002; Société canadienne du cancer, 2002; GPI Atlantic, 2001). Une alimentation riche en matières grasses peut augmenter le risque de développer le cancer du colon (Santé Canada, 2001; Association des diététistes du Nouveau-Brunswick et l'American Dietetic Association, 1999). Une consommation régulière et suffisante d'une variété d'aliments à base de plante, notamment les grains entiers, les légumes et les fruits, est une façon éprouvée de réduire le risque de développer certains types de cancers (American Institute for Cancer Research, 2002; Association des diététistes du Nouveau-Brunswick et l'American Dietetic Association, 1999).

Plus de deux millions de Canadiens sont atteints du diabète – environ 60 000 nouveaux cas sont signalés chaque année – et 40 % développeront des complications à long terme (Santé Canada, 2003a). Ces statistiques sous-estiment probablement la prévalence du diabète étant donné qu'un tiers de tous les cas ne sont pas diagnostiqués (Santé Canada, 2002b). Certaines conséquences néfastes du diabète sont une espérance de vie plus courte, un niveau de stress plus élevé chez la personne atteinte et les membres de sa famille, des absences plus fréquentes au travail ou à l'école ainsi que des difficultés d'ordre personnel (Santé Canada, 2003a). À l'échelle nationale, le diabète est attribuable à 3,6 % des décès, alors qu'au Nouveau-Brunswick, il est attribuable à 2,8 % des décès (Santé Canada, 1999a). Il est important de noter que ces données représentent uniquement les cas où le diabète est identifié comme cause sous-jacente de décès, et non ceux où des complications associées au diabète sont identifiées comme la principale cause (Santé Canada, 2002b). Des études indiquent que le taux de mortalité attribuable au diabète peut être cinq fois supérieur aux estimations obtenues à l'aide de la base de données sur la mortalité de Statistique Canada (Santé Canada, 2002b). Le fardeau économique du diabète à l'échelle du pays est estimé à environ neuf milliards de dollars par année (Santé Canada, 2003a). Les recherches ont démontré que l'incidence du diabète de type 2, qui représente 90 % des cas, peut être différée ou prévenue en adoptant une saine alimentation et un régime d'activité physique régulière dans le but d'atteindre un poids-santé (Santé Canada, 2003a).

D'après Santé Canada (2003b) et l'Organisation mondiale de la Santé (2003), un excédent de poids est défini par un IMC de 25,0 à 29,9 alors que l'obésité est définie par un IMC de  $\geq 30$ . Un excédent de poids peut augmenter le risque de développer l'asthme, l'arthrite, des maux de dos, l'hypertension artérielle, des accidents vasculaires cérébraux, le diabète, des problèmes de thyroïde, une restriction de l'activité physique, ainsi que des foulures répétées (Gilmore, 1998, cité par GPI Atlantic, 2001; Santé Canada, 2003b). Le pourcentage de personnes ayant un excédent de poids est plus élevé dans les provinces de l'Atlantique que dans le reste du Canada (GPI Atlantic, 2001). Selon les résultats de

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 34,7 % de la population néo-brunswickoise est obèse comparativement à la moyenne nationale de 32,5 % (Statistique Canada, 2000-2001). Le pourcentage de personnes obèses a plus que doublé au Canada depuis 1985, et le taux de croissance de l'obésité au sein de la population néo-brunswickoise est le plus élevé au pays (GPI Atlantic, 2001). En plus de constituer un problème de santé en soi, l'obésité est un facteur de risque important pour développer des MCV, le diabète, l'hypertension artérielle, l'ostéoarthrose et certains types de cancer (GPI Atlantic, 2001). Des statistiques récentes sur la santé indiquent que 20,7 % des adultes au Nouveau-Brunswick sont obèses, comparativement à la moyenne nationale de 14,9 % (Statistique Canada, 2000-2001). Les personnes obèses sont de 50 à 100 % plus susceptibles de mourir prématurément d'une cause quelconque comparativement aux personnes ayant un poids-santé. GPI Atlantic (2001) affirme que l'obésité est la deuxième cause de décès évitable, devancée seulement par le tabagisme. Les problèmes de santé liés à l'obésité représentent un important fardeau financier pour la province, son coût étant estimé à 96 millions de dollars en dépenses directes annuelles (GPI Atlantic, 2001). Après l'ajout des pertes de productivité, le coût financier s'élève à environ 200 millions de dollars par année (GPI Atlantic, 2001). Compte tenu de la diminution du tabagisme et de l'augmentation du taux d'obésité au Nouveau-Brunswick, il est prévu que les répercussions économiques de l'obésité dépasseront bientôt celles du tabagisme (GPI Atlantic, 2001).

En raison des changements sociaux et économiques survenus au cours des dernières années, de nombreux Canadiens sont incapables de satisfaire à leurs besoins alimentaires quotidiens, ce qui a fait augmenter la demande pour l'aide alimentaire d'urgence. Le nombre de Canadiens ayant recours aux banques alimentaires a doublé entre 1989 et 1999 (Gord, 1999). Les personnes vivant dans la pauvreté sont souvent dépourvues des ressources nécessaires à une bonne santé, y compris une quantité suffisante d'aliments nutritifs (Raphael, 2002). Selon Statistique Canada (2001a), en 1998 et 1999, 35 % des personnes vivant dans des ménages à faible revenu ont connu une insécurité alimentaire, et 30 % estiment que cela a nui à leur statut nutritionnel. Bon nombre de personnes de faible niveau économique présentent davantage de facteurs de risque pour la santé que d'autres Canadiens, ce qui augmente leur risque de développer des MCV (Fondation des maladies du cœur, 2003; Conférence internationale sur la santé cardio-vasculaire, 1992). Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les personnes au revenu faible sont plus susceptibles de fumer quotidiennement et d'être inactives physiquement, moins susceptibles de consommer des quantités suffisantes de légumes et de fruits et présentent une incidence plus élevée d'hypertension artérielle (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Certaines études, y compris l'Étude nationale sur la santé publique (Statistique Canada, 2001a), démontrent que les taux d'obésité sont plus élevés parmi les Canadiens et les Américains qui vivent dans des ménages touchés par l'insécurité alimentaire. Cette situation peut découler du fait qu'ils choisissent des aliments à haute valeur énergétique lorsque les aliments leurs sont accessibles (Statistique Canada, 2001a). Les groupes à faible revenu présentent des taux de diabète plus élevés, augmentant ainsi le risque de développer des maladies cardiaques (Fondation des maladies du cœur, 2003). Aucune donnée provinciale n'est disponible pour estimer la prévalence des insuffisances alimentaires, qui se définissent comme un apport

alimentaire insuffisant résultant d'un manque d'argent ou de ressources (Briefel et Woteki, 1992). En plus d'une quantité insuffisante de nourriture, une autre préoccupation pouvant toucher les ménages souffrant d'insécurité alimentaire est l'accès restreint à des aliments de bonne qualité nutritive (Tarasuk, 2001). Ce type d'information est essentiel pour concevoir des programmes de promotion de la santé efficaces qui cibleraient les populations à faible revenu.

Au Nouveau-Brunswick, les taux de décès et l'incidence des MCV, du cancer, du diabète et de l'obésité sont parmi les plus élevés au pays. La plupart de ces maladies chroniques peuvent être prévenues ou atténuées au moyen d'une alimentation saine. Jusqu'à maintenant, il n'existait aucune donnée importante sur les apports alimentaires des Canadiens, la dernière Enquête Nutrition Canada remontant à 1972 (Nutrition Canada, 1973). Puisque l'Enquête Nutrition Canada date maintenant de plus de 30 ans, elle ne reflète plus les habitudes alimentaires actuelles et n'est plus valable comme outil de promotion de la santé. En évaluant de façon détaillée les habitudes alimentaires d'un grand échantillon aléatoire de personnes, la récente Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick offre des données essentielles pour concevoir et évaluer des programmes de promotion de la santé. Les résultats de cette enquête constituent également une étape importante dans l'établissement d'une base de données nationale sur les apports alimentaires. Les données recueillies permettent également d'établir un lien entre une suffisance alimentaire et des mesures nutritionnelles d'un régime alimentaire adéquat.

### 1.3 OBJECTIFS

Les objectifs de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick étaient les suivants :

- a) évaluer les habitudes de consommation alimentaire des Néo-Brunswickois, plus précisément estimer la répartition des apports alimentaires des macro et micro-nutriments ainsi que la contribution des principaux groupes alimentaires aux apports nutritionnels;
- b) identifier les groupes qui présentent un risque nutritionnel selon leurs apports alimentaires et qui doivent faire l'objet d'une intervention prioritaire;
- c) évaluer l'étendue et la nature des connaissances et des attitudes concernant le rôle de nourriture et de la nutrition sur la santé, la composition nutritionnelle des aliments, ainsi que les préoccupations générales sur la santé;
- d) évaluer la prévalence des insuffisances alimentaires attribuables à des ressources inadéquates parmi les Néo-Brunswickois.

## 1.4 COLLABORATION ET FINANCEMENT

Le projet résultait d'une collaboration fédérale-provinciale, financée conjointement par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada et le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick.

La recherche a été menée dans le cadre d'un partenariat entre le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et University of New Brunswick

L'équipe chargée de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick était composée des membres suivants :

- D<sup>r</sup> B. Christofer Balram Chercheur principal
- D<sup>re</sup> Lita Villalon Co-chercheure/coordonnatrice de l'enquête et responsable du contrôle de la qualité
- Gisèle McCaie-Burke Consultante en nutrition/Coordinatrice
- John Boyne Coordonnateur de l'enquête
- Prof. Penny Ericson Co-chercheure/responsable du contrôle de la qualité

## 1.5 AUTRES REMERCIEMENTS

L'équipe chargée de l'enquête et celle chargée de l'élaboration du rapport désirent remercier les personnes suivantes :

- D<sup>r</sup> Peter Fischer, chef de division, Division de la recherche sur la nutrition, Santé Canada
- D<sup>r</sup> Danielle Brulé, Division de la recherche sur la nutrition, Santé Canada
- Beth Junkins, Direction des aliments du Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques, Santé Canada et Statistique Canada
- D<sup>re</sup> Jennifer Taylor, University of Prince Edward Island, enquêtrice secondaire/superviseure du contrôle de la qualité pour l'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard
- D<sup>re</sup> Linda Van Til, épidémiologiste, Department of Health and Social Services, Île-du-Prince-Édouard, enquêtrice secondaire/épidémiologiste pour l'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard
- Les membres de l'équipe de recherche chargée de l'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard, qui nous ont offert des conseils et nous ont permis d'utiliser leur rapport sur l'enquête nutritionnelle provinciale comme modèle pour le rapport du Nouveau-Brunswick.

- Marielle DeGrâce, superviseure de l'enquête, Université de Moncton
- Les membres du comité d'experts de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick : D<sup>re</sup> Susan Whiting, University of Saskatchewan, D<sup>re</sup> Kathy Gray-Donald, Université McGill et D<sup>re</sup> Marielle Ledoux, Université de Montréal.
- Randy Comeau, concepteur, Division des communications, Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- Division des communications, Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- Étudiantes et étudiants de l'Université de Moncton, École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales
- Les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont offert généreusement leur temps pour participer à cette enquête
- Facilitateurs/soutien des intervieweurs :

Natalie Carrier, Moncton  
Kathie Sullivan, Saint John  
Yolande MacArthur, Fredericton  
Sylvie Morency, Edmundston  
Danielle Gilbert, Bathurst/Campbellton  
Yvette McLaughlin, Miramichi

- Interviewers :

Moncton

Josée Bélanger  
Cynthia Wood  
Gina McGraw  
Carol Tanner  
Ginette Roy  
Cédée-Anne Leclair

Saint John

Donna Walsh  
Shelley Gallant  
Thelma Messer  
Carolyn Trivett  
Jennifer Myles-Ingersoll  
Sarah L. Gruchy

Chapitre 1

Fredericton

Margaret Fox  
Ann Masters-Boyne  
Betty Lemmon  
Jacqueline Hébert-Boucher  
Melissa Barrett  
Kara McCready

Edmundston

Francine Tardif  
Sylvie Boivin  
Julie Santerre

Bathurst/Campbellton

Renelle Savoie  
Nadine Gallien  
Lucie Robichaud  
Lise Blanchard

Miramichi

Faye Gunn  
Mary Lou Clark

## **2** MÉTHODOLOGIE

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (N.-B.) a utilisé un protocole semblable à celui des enquêtes provinciales sur la nutrition menées auparavant; ces enquêtes comprennent celles utilisées notamment par Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Québec, la Saskatchewan et l'Alberta.

### 2.1 ÉCHANTILLON

Étant donné que l'Étude sur la santé cardiaque au Nouveau-Brunswick (1989) a révélé une forte prévalence de facteurs de risque modifiables parmi le groupe de 18 à 74 ans, l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick portait sur des hommes et des femmes de ce groupe d'âge. En raison de leurs besoins alimentaires uniques ou de leur nombre restreint, certains Néo-Brunswickois ont été exclus de l'enquête, notamment les femmes enceintes, les mères allaitantes, les personnes institutionnalisées ou hospitalisées, ainsi que les personnes vivant dans une communauté de Premières nations. Le cadre d'échantillonnage était Le registre d'inscription de l'Assurance maladie pour les résidents du Nouveau-Brunswick (RIAMRNB), qui énumère tous les Néo-Brunswickois admissibles au régime d'assurance-maladie provincial. Le tableau 2.1 présente une comparaison du cadre d'échantillonnage et des estimations du recensement de l'année 1996; dans l'ensemble, le dénombrement variait de moins de 0,3 % (la différence maximale par groupe d'âge-sexe étant de 3,7 %). La taille du cadre d'échantillonnage est supérieure aux estimations du recensement dans le cas des groupes d'âge de 18 à 29 ans et de 30 à 39 ans pour les deux sexes (la différence était deux fois plus importante chez les femmes). Cet écart résultait tout probablement de la nature transitoire des personnes issues de ces groupes d'âge (p. ex. il se peut qu'elles soient toujours enregistrées comme admissibles au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, mais qu'elles aient quitté la province pour travailler ou poursuivre leurs études; par conséquent, elles n'ont pas été dénombrées comme résidentes dans le recensement provincial). L'écart peut être en partie attribuable à des décès.

Chapitre 2

Tableau 2.1 Dénombrements de la population du N.-B. de 1996 par couche d'âge-sexe

Numéro de couche	Couche d'âge-sexe	Cadre d'échantillonnage <sup>1</sup> :	Estimations du recensement <sup>2</sup>
1	Hommes de 18 à 29 ans	69 514	68 814
2	Hommes de 30 à 39 ans	65 721	64 894
3	Hommes de 40 à 49 ans	58 024	59 129
4	Hommes de 50 à 59 ans	37 052	38 151
5	Hommes de 60 à 69 ans	27 224	27 606
6	Hommes de 70 à 74 ans	10 982	11 400
7	Femmes de 18 à 29 ans	68 354	66 827
8	Femmes de 30 à 39 ans	65 899	64 335
9	Femmes de 40 à 49 ans	57 433	58 840
10	Femmes de 50 à 59 ans	36 070	37 382
11	Femmes de 60 à 69 ans	29 906	30 141
12	Femmes de 70 à 74 ans	13 911	14 174
<b>TOTAL</b>		540 090	541 693

<sup>1</sup> RIAMRNB, 1996

<sup>2</sup> Statistique Canada, 1<sup>er</sup> juillet, 1996

Un plan d'échantillonnage aléatoire stratifié a été utilisé pour choisir des personnes dans chacune des douze strates d'âge-sexe du RIAMRNB (hommes, femmes : âgés de 18 à 29, de 30 à 39, de 40 à 49, de 50 à 59, de 60 à 69, de 70 à 74 ans). Les données fournies portaient sur la région sanitaire, le sexe, la date de naissance, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. L'enquête a été menée en deux phases : de septembre 1996 à janvier 1997 (automne) et d'avril à juillet 1997 (printemps). Pour obtenir un échantillon probabiliste de 2 000 personnes, un échantillon de 4 449 personnes a été prélevé (2 423 au printemps et 2 076 en automne). La taille originale de l'échantillon était fondée sur l'hypothèse selon laquelle 20 % des adresses contenues dans le RIAMRNB n'étaient pas à jour et que 80 % des personnes choisies accepteraient de participer à l'enquête (Nargundkar, 1996). Pour chaque phase, huit répétitions ont été prélevées de chaque strate. Les quatre dernières répétitions servaient de réserve au cas où il n'y aurait pas assez de répondants pour établir des estimations fiables. Un tiers de l'échantillon a été choisi au hasard en vue du rappel alimentaire de 24 heures répété. Afin d'inclure toutes les journées de la semaine, les personnes se sont vues attribuer une journée précise pour passer leur entrevue. Le chapitre 3 offre une description détaillée des résultats de l'échantillonnage.

## 2.2 QUESTIONNAIRES DE L'ENQUÊTE

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a utilisé les questionnaires suivants : un rappel alimentaire de 24 heures, un questionnaire sur la fréquence de consommation, un questionnaire sur la nutrition et la santé, ainsi qu'un questionnaire sur le profil démographique. Toutes les enquêtes provinciales sur la nutrition ont utilisé des formulaires semblables pour ce qui est du rappel alimentaire de 24 heures, de la fréquence de consommation et de la collecte des données démographiques; cependant, le questionnaire sur la nutrition et la santé variait.

Tous les questionnaires de l'enquête ont été examinés par un comité consultatif d'expert formé des membres suivants :

- D<sup>r</sup> B. Christofer Balram – Chercheur principal, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- D<sup>re</sup> Lita Villalon – Co-chercheure/directrice, École de nutrition et d'études familiales, Université de Moncton
- Penny Ericson – Co-chercheure/doyenne, École des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick
- Gisèle McCaie-Burke – Conseillère, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- D<sup>r</sup> Denis Allard – Médecin-chef, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- Heather Erb-Campbell – Directrice générale, division néo-brunswickoise de la Société canadienne du cancer
- Bev Day – Présidente, Association canadienne du diabète
- Jacqueline Alain – Directrice administrative, division néo-brunswickoise de l'Association canadienne du diabète

Le comité a passé en revue les questionnaires des enquêtes menées à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Alberta, en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Saskatchewan et a fait part des modifications à apporter aux questionnaires pour leur utilisation au Nouveau-Brunswick. Les questionnaires ont ensuite été soumis à Santé Canada pour approbation.

### 2.2.1 Rappel alimentaire de 24 heures

La méthode la plus utilisée pour évaluer les apports alimentaires des populations est le rappel alimentaire de 24 heures, compte tenu de son rapport coût-efficacité et de sa facilité d'utilisation (Thompson et Byers, 1994). Le rappel alimentaire de 24 heures utilisé dans le cadre de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (annexe A) comportait une méthodologie et un format identiques à ceux des enquêtes menées en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard. Dans la mesure du possible, le poids réel des aliments consommés et les détails relatifs aux recettes utilisées ont été notés. Pour d'autres

## Chapitre 2

aliments, les intervieweurs ont utilisé des modèles de portions pour mieux estimer les quantités de nourriture consommées par les répondants. Pour aider les répondants à fournir les données les plus exactes possibles, une méthode à plusieurs étapes a été utilisée (Guenther, DeMaio, Ingwersen et Berlin, 1996). Trois étapes distinctes ont été effectuées : 1) l'obtention d'une liste des aliments et des boissons consommés dans les 24 dernières heures, 2) l'utilisation de la liste pour obtenir des détails précis sur chaque situation de consommation, chaque aliment, les quantités précises consommées, ainsi que les aliments ou les boissons omis au cours de l'étape initiale et 3) l'exécution d'un examen final pour repérer tout autre aliment ou détail qui aurait pu être oublié. Dans la mesure du possible, les recettes ont été demandées et utilisées dans le cadre de l'évaluation.

### 2.2.2 Fréquence de consommation des aliments

Pour déterminer les tendances de consommation sur une période étendue, un questionnaire sur la fréquence de consommation (QFC) a été utilisé dans le cadre de l'enquête. Le QFC utilisé dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (annexe A) était semblable à celui des enquêtes menées à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et en Alberta. Le chapitre 7 offre une description plus détaillée du QFC. Les répondants ont dû remplir ce questionnaire après le rappel alimentaire de 24 heures. Ils ont dû indiquer le nombre de fois au cours du dernier mois qu'ils ont consommé les aliments figurant sur la liste. La plupart des questions comprises dans le QFC ciblait la consommation de matières grasses. La dernière section du questionnaire déterminait si les répondants avaient choisi de consommer ou d'éviter certains aliments en fonction de problèmes de santé possibles.

### 2.2.3 Questionnaire sur la nutrition et la santé

Le questionnaire sur la nutrition et la santé (annexe A) examinait l'état de santé général des répondants, leurs comportements relatifs à la santé et à la nutrition, ainsi que les préoccupations des répondants et de leur famille au sujet de la sécurité alimentaire. Le chapitre 8 décrit en détail le questionnaire sur la nutrition et la santé.

### 2.2.4 Profil démographique

Le questionnaire sur le profil démographique (annexe A) incluait des questions sur l'état matrimonial, le niveau d'éducation et le revenu du ménage. Se reporter au chapitre 4 pour obtenir de plus amples renseignements sur le profil démographique utilisé dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick.

### 2.2.5 Évaluation anthropométrique

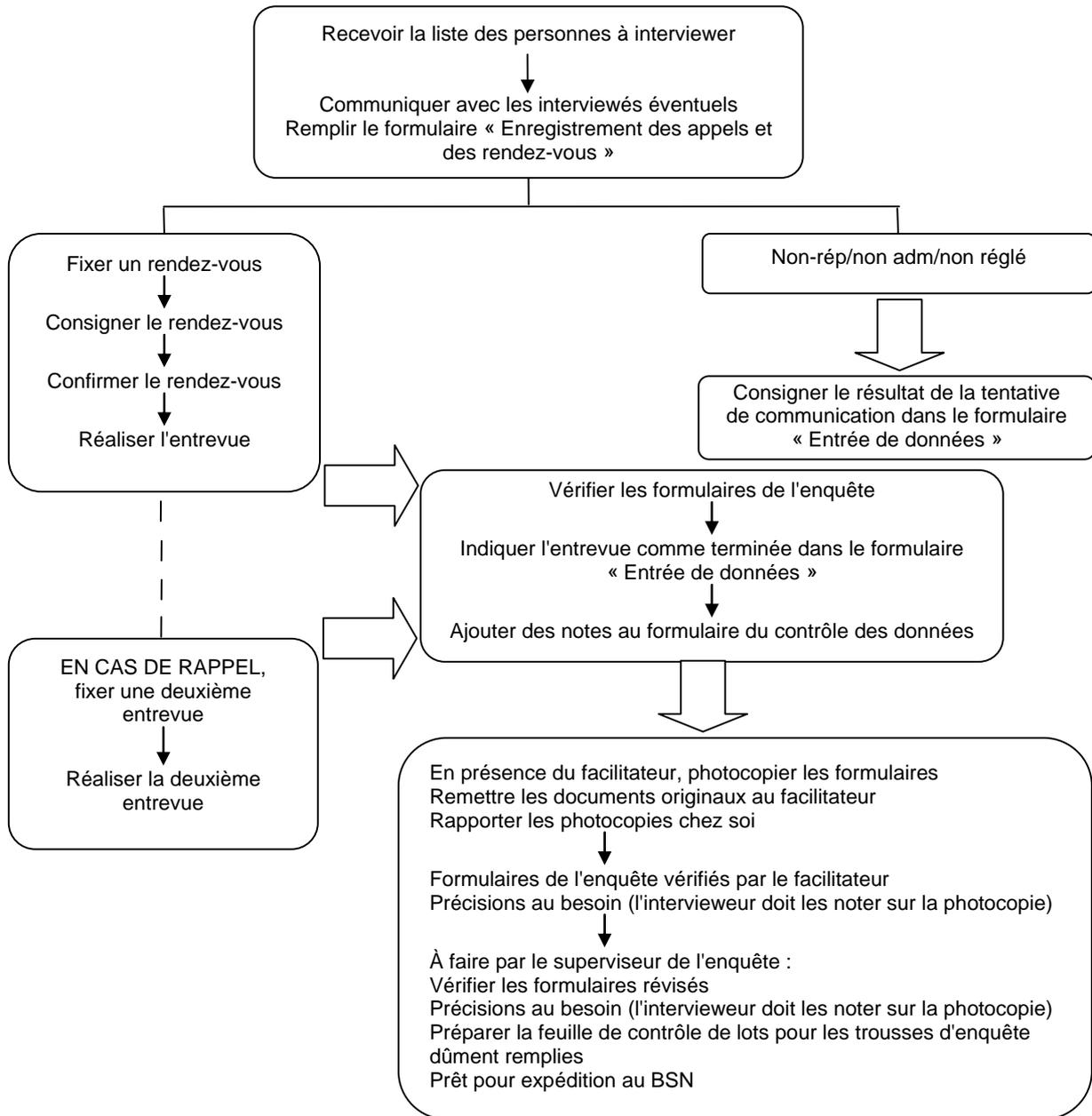
Les intervieweurs ont mené des évaluations anthropométriques sur chaque répondant, qui consistaient à mesurer leur poids, leur taille ainsi que leur tour de taille et de hanches. Se reporter au chapitre 6 pour obtenir une description des méthodes utilisées.

## 2.3 COLLECTE DES DONNÉES

Avant le début de la collecte des données, les répondants éventuels ont reçu une lettre signée par les principaux enquêteurs, les informant qu'ils avaient été sélectionnés pour l'enquête et les encourageant à y participer. Un communiqué de presse a été rédigé par les membres de l'équipe chargée de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, et des publicités ont été diffusées dans les journaux locaux ainsi que dans les chaînes locales de télévision par câble, encourageant les personnes sélectionnées à répondre au sondage au cas où leur participation aurait été sollicitée. Environ la moitié des entrevues se sont déroulées au cours de la phase d'automne (de septembre 1996 à janvier 1997), et l'autre moitié, au cours de la phase de printemps (d'avril à juillet 1997). Les noms des participants éventuels ont été assignés aux intervieweurs en fonction des régions géographiques. Les intervieweurs ont joint les participants éventuels par téléphone afin de leur expliquer la nature de l'enquête, d'encourager leur participation et de fixer une date pour une visite à domicile à condition d'obtenir leur permission. Dans la mesure du possible, l'entrevue a été prévue le même jour que celui assigné au participant en question. Les intervieweurs ont tenté de communiquer avec chaque répondant éventuel à au moins cinq reprises, et ce, à différents moments de la journée et à différents jours de la semaine. Ces tentatives ont été consignées dans le formulaire Enregistrement des appels et des rendez-vous (annexe C). En dernier recours, des lettres ont été envoyées. Le cas échéant, les intervieweurs ont dû indiquer les raisons pour lesquelles ils n'ont pu joindre une personne. Les intervieweurs ont rempli le formulaire de non-réponse (annexe D, formulaire A-2) pour ceux qui ont refusé de participer afin de déterminer si les habitudes alimentaires des non-participants différaient de celles qui ont accepté de passer l'entrevue.

Pour assurer un contrôle de la qualité, les enquêtes, une fois terminées, ont été examinées plusieurs fois, quelques jours après l'entrevue. L'intervieweur a vérifié les données pendant sa visite au domicile du participant et les a contre-vérifiées dès son retour au bureau ou à la maison. Par la suite, les enquêtes ont été soumises aux facilitateurs en vue d'un examen plus détaillé. Des photocopies des enquêtes ont été conservées à l'Université de Moncton, et les documents originaux ont été envoyés par messenger à Ottawa en vue de l'entrée de données. La figure 2.1 illustre le cheminement des données recueillies.

Figure 2.1 Cheminement des données de l'enquête\*



## 2.4 CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

### 2.4.1 Formation des intervieweurs

Un groupe de 25 intervieweurs, tous des diététistes et des infirmières en santé publique ou communautaire, ont reçu une formation de dix jours d'ateliers intensifs. Les séances ont été animées par Danielle Brulé (une spécialiste en matière d'enquêtes nutritionnelles), la D<sup>re</sup> Jennifer Taylor (Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard) et Marielle Degrâce (superviseure de l'enquête). Voir l'annexe B pour obtenir un résumé détaillé du calendrier de formation.

Le manuel sur la formation et les ressources du projet de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (voir l'annexe B pour une liste du contenu) a été élaboré d'après le manuel de l'Enquête sur la nutrition en Alberta. Les intervieweurs ont appris à utiliser les questionnaires de l'enquête pour fournir des données exactes et à remplir les formulaires administratifs. Les techniques de formation comprenaient entre autres des exposés, des exercices pratiques, le visionnement d'entrevues enregistrées sur bande vidéo ainsi que des entrevues simulées. Des évaluations ont été menées pour s'assurer que les intervieweurs étaient capables d'utiliser les questionnaires de l'enquête efficacement. Une séance de perfectionnement destinée aux intervieweurs s'est déroulée avant le début de la deuxième phase de l'enquête prévue au printemps.

### 2.4.2 Formulaires de contrôle des données

Plusieurs formulaires administratifs ont été utilisés pour assurer la qualité des données :

1. Profil de l'interviewé et enregistrement des appels
2. Formulaire d'entrée des données A-1
3. Feuille de comptage principale
4. Formulaire du contrôle des données

Une étiquette générée par ordinateur contenant des renseignements sur le profil de l'interviewé, tels que le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et la date de naissance, était jointe à chaque formulaire (annexe C). Ce formulaire fournissait aux intervieweurs les coordonnées des participants éventuels. Le tableau Enregistrement des appels figurant au verso du formulaire permettait à l'intervieweur de prendre en note les détails sur les tentatives de communication.

Le formulaire d'entrée de données A-1 (annexe C) a permis de suivre de près les répondants et de faciliter les contrôles de la qualité. Les raisons des non-réponses ont été codées dans la catégorie appropriée. La raison « Non-réponse » a été précisée si la personne a refusé de participer à l'entrevue, ne s'est pas présentée ou ne pouvait parler ni français ni anglais. Tous les efforts possibles ont été déployés pour repérer la personne, allant même jusqu'à parler avec d'autres membres de la famille ou des voisins. La raison « Non réglé » a été précisée s'il a été impossible de repérer la personne pour une entrevue. Le statut non admissible a été indiqué dans les formulaires des personnes décédées

## Chapitre 2

(cadres d'échantillonnage désuets), des femmes enceintes ou allaitantes, des personnes ayant déménagé à l'extérieur de la province, des personnes hospitalisées ou institutionnalisées ou encore des personnes vivant dans une communauté de Premières nations.

Le formulaire du contrôle des données (annexe C) a fourni aux intervieweurs une liste de tous les participants éventuels dans leur région. Le formulaire indiquait si chaque participant pouvait être joint ou non. L'intervieweur devait remettre le formulaire du contrôle des données à son facilitateur qui, à son tour, l'acheminait au siège social chaque semaine. Le formulaire permettait de faire un suivi du déroulement de l'enquête et de déterminer si d'autres noms de participants étaient nécessaires pour atteindre l'objectif de 1 000 entrevues par saison.

Le formulaire du contrôle des données (annexe C) permettait de retracer chaque trousse d'enquête, du début du processus d'évaluation de réponse ou de non-réponse jusqu'à sa date d'approbation et son acheminement au Bureau des sciences de la nutrition (BSN) à Ottawa. La première section du formulaire a été remplie par les intervieweurs, la deuxième, par les facilitateurs, et la dernière, par le superviseur de l'enquête.

### 2.4.3 Modalités de modification

L'enquête comportait six facilitateurs venant d'un peu partout dans la province. Les facilitateurs étaient disponibles pour offrir un soutien direct aux intervieweurs de leur région. Les facilitateurs étaient chargés de vérifier l'intégrité, le codage et l'admissibilité de chaque formulaire.

Le coordonnateur et le superviseur de l'enquête devaient assurer le contrôle de la qualité. Des conférences téléphoniques ont été tenues chaque semaine entre le coordonnateur, le superviseur, les facilitateurs et les intervieweurs pour discuter des méthodes de collecte de données et des taux de réponse et pour veiller à la qualité des données. Dans le cadre de leurs tâches, les superviseurs devaient répondre aux questions des facilitateurs relativement à la consignation des aliments, communiquer avec les enquêteurs sur des questions techniques, acheminer les trousseaux d'enquête au BSN et faire un suivi des contrôles de données exigés par le BSN. Le facilitateur tout comme les superviseurs ont consigné les résultats de leur évaluation dans le formulaire du contrôle des données.

Les intervieweurs devaient passer en revue les formulaires avec le participant et de nouveau dès leur retour au bureau ou à la maison. Les formulaires ont ensuite été soumis aux facilitateurs en vue d'un examen plus détaillé. Comme l'exige l'enquête, le facilitateur appelait l'intervieweur au sujet des données manquantes ou insuffisantes, et l'intervieweur appelait le répondant afin d'obtenir les données nécessaires. Une fois les données mises à jour, le facilitateur remettait les formulaires au superviseur qui, à son tour, examinait l'information et demandait au facilitateur de recueillir tout autre détail manquant auprès de l'intervieweur approprié. Le coordonnateur effectuait une dernière vérification avant que le superviseur envoie par messenger les trousseaux d'enquête au BSN à Ottawa.

Les feuilles de contrôle de lots étaient envoyées au BSN par télécopieur à titre de comparaison pour assurer que tous les dossiers avaient été reçus. Dès la réception des formulaires, les données d'identification de base entrées au Nouveau-Brunswick étaient confirmées, les incohérences étaient clarifiées au besoin, et des renseignements supplémentaires sur la gestion des données à Ottawa étaient entrés. Par conséquent, un dossier cumulatif de l'état de tous les formulaires était continuellement disponible à l'un ou l'autre des emplacements.

#### 2.4.4 Base de données de repérage

Un programme informatique a été mis au point pour gérer et repérer les formulaires de l'enquête ainsi que pour établir des données sur chaque personne sélectionnée pour l'enquête. Ce programme, élaboré par l'enquêteur principal spécialisé en informatique, Direction des aliments, a été utilisé pour préparer les tableaux de réponse et de non-réponse. L'entrée de données continue soumise par chaque intervieweur a permis d'accéder à de l'information relative aux pourcentages de réponse et de non-réponse, ainsi qu'aux répartitions quotidiennes pour les premières et deuxièmes entrevues à n'importe quelle phase de l'enquête. L'entrée de données dans le système a débuté au Nouveau-Brunswick et a été conclue et vérifiée au BSN de façon hebdomadaire.

#### 2.4.5 Rétroaction sur le rendement

Les intervieweurs devaient communiquer régulièrement avec leurs facilitateurs pour obtenir du soutien, des évaluations et de la rétroaction. Les facilitateurs, pour leur part, devaient communiquer régulièrement avec le superviseur du contrôle de la qualité et tenir des réunions hebdomadaires. Les problèmes signalés étaient consignés, accompagnés de solutions possibles. Cette information était acheminée immédiatement au superviseur de l'enquête en vue de la transmettre à d'autres facilitateurs et intervieweurs. Les données administratives étaient contrôlées régulièrement par l'enquêteur principal, et l'enquêteur secondaire et le superviseur devaient communiquer avec les facilitateurs et les intervieweurs en cas de problèmes. Un bulletin bilingue a été conçu par la co-chercheuse, D<sup>re</sup> Lita Villalon, et par la superviseuse de l'enquête, Marielle Degrâce, pour fournir aux intervieweurs de la rétroaction, de l'encouragement ainsi que des suggestions sur comment améliorer leur rendement.

### 2.5 ENTRÉE DE DONNÉES

Le procédé le plus chronophage de l'enquête était l'entrée de données. Tous les questionnaires de l'enquête ont été remis au BSN avant juillet 1997, et l'entrée des données s'est terminée en 2001. Dès leur réception au BSN, les données ont été entrées et vérifiées immédiatement à l'aide de programmes informatiques personnalisés pour toute erreur ou tout manque d'uniformité. Les données provenant de tous les formulaires, sauf celui du rappel alimentaire de 24 heures, ont été entrées à deux reprises. Un procédé interactif a été utilisé pour entrer les données relatives au rappel alimentaire de 24 heures. Le nom clé

## Chapitre 2

d'un aliment était entré, et la concordance exacte ou la meilleure concordance était choisie parmi une liste d'aliments ou de mets combinés. Des recettes informatisées existantes étaient utilisées pour les mets combinés, permettant ainsi de substituer des ingrédients et d'ajouter des recettes au besoin. Les quantités étaient entrées par poids, volume ou code du modèle de portions. Les données sur les suppléments nutritionnels ont été entrées à l'aide de l'identification numérique de la drogue (DIN), du nom de l'aliment ou de la teneur en éléments nutritifs.

Les questions ou les problèmes soulevés pendant l'entrée des données ont été acheminés à la province du Nouveau-Brunswick en vue d'obtenir des précisions ou d'apporter des corrections avant que l'entrée soit terminée. Le personnel compétent du BSN a effectué un dernier contrôle manuel des données entrées en comparant une copie imprimée des données enregistrées sur ordinateur de chaque personne avec les données comprises dans le formulaire original utilisé sur le terrain. Toutes les erreurs ont été corrigées immédiatement avant que le rapport final soit déposé.

### 2.5.1 Logiciel d'information alimentaire canadienne (CANDI)

Le système CANDI est un programme logiciel personnalisé mis au point par le personnel de recherche au BSN pour faciliter l'entrée, le traitement, le stockage et la récupération des données sur la composition nutritionnelle provenant du rappel alimentaire de 24 heures. Sa conception souple permet à la fois l'entrée et la sortie des données. On peut y entrer des aliments, des recettes et des repas précis, ainsi que des dossiers d'un ou de plusieurs jours. À partir de ces données, il est possible d'obtenir une variété de renseignements, dont la fréquence de consommation de tous les aliments, d'un aliment en particulier ou d'un groupe d'aliments, ainsi que les apports nutritionnels de certaines personnes ou de certains groupes physiologiques, démographiques ou socio-économiques définis par l'utilisateur et faisant partie des populations visées par l'enquête. Le système est flexible et convivial mais, pour assurer une efficacité optimale, les techniques d'enquête et le format des formulaires doivent être conçus en étroite collaboration avec les personnes responsables de « personnaliser » le système en fonction d'applications précises.

Les données de l'enquête ont été entrées dans le programme CANDI par des commis à la saisie de données qui ont déjà travaillé avec des descriptions d'aliments et qui ont été formés sur plusieurs aspects de l'enquête. Des afficheurs personnalisés ont été utilisés pour entrer les données provenant de formulaires d'enquête précodifiés. Un système de vérification automatique a été intégré pour assurer l'uniformité et la qualité des données dans certains questionnaires. Il exigeait que ces questionnaires soient entrés deux fois pour en assurer l'exactitude. Pour entrer les données provenant des formulaires de rappel alimentaire de 24 heures, un outil de repérage des aliments dans la base de données a été utilisé. De plus, afin de saisir les détails enregistrés relativement aux aliments, le système permettait d'adapter 3 000 recettes existantes et d'en créer de nouvelles. Les quantités consommées étaient entrées par poids ou volume. Par l'entremise d'un accès au Fichier canadien sur les éléments nutritifs (voir le paragraphe 2.5.2 ci-dessous), le programme CANDI calculait progressivement à chaque entrée, les éléments nutritifs fournis par chaque

aliment à mesure qu'il était entré. Le personnel compétent du BSN conseillait et supervisait les commis aux données de façon quotidienne afin d'assurer la qualité du travail.

### 2.5.2 Fichier canadien sur les éléments nutritifs

Le Fichier canadien sur les éléments nutritifs (FCEN) est une base de données informatisée, compilée par le BSN, qui indique la valeur nutritionnelle des aliments. Les données découlent principalement des révisions importantes apportées au Agriculture Handbook No. 8 du département de l'Agriculture (USDA), lequel a été adapté pour tenir compte de l'approvisionnement alimentaire au Canada, ainsi que les pratiques de vitaminisation et de marketing utilisées au pays. Le FCEN est mis à jour continuellement pour inclure des données nouvelles et révisées sur la composition des aliments à mesure qu'elles deviennent disponibles au Canada et auprès de l'USDA. La version 1991 du FCEN a été utilisée pour l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. Les aliments locaux et les recettes propres au Nouveau-Brunswick ont été ajoutés au besoin à la base de données. Les descripteurs utilisés pour définir les aliments dans le FCEN déterminent le niveau de détail des formulaires d'enquête remplis sur le terrain. Pour que les renseignements puissent établir des correspondances étroites entre les aliments, les intervieweurs doivent bien connaître les types de choix offerts.

## 2.6 ANALYSE STATISTIQUE

Une fois les données entrées dans le programme CANDI, elles étaient transférées à des fichiers conçus pour le logiciel statistique SAS par le Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques (BSBAI), Division des aliments, Santé Canada. Le BSBAI a utilisé le logiciel SUDAAN, un programme d'analyse de données de l'enquête s'appliquant aux plans d'échantillonnage à plusieurs degrés, pour estimer les écarts qui surviennent dans les enquêtes complexes. D'autres analyses ont été effectuées au Nouveau-Brunswick à l'aide du logiciel STATA (version 7), un logiciel d'analyse statistique, afin d'incorporer les poids d'échantillonnage, le plan d'échantillonnage et la couche d'âge-sexe regroupée. Il a fallu utiliser un logiciel spécialisé qui tenait compte du plan d'échantillonnage pour ne pas sous-estimer la variabilité.

### 2.6.1 Données démographiques et données du Questionnaire de la fréquence de consommation des aliments

Le plan et le poids d'échantillonnage ont été pris en compte lors du calcul des moyennes, des proportions et des intervalles de confiance relatifs aux données démographiques et aux données du formulaire sur la fréquence de consommation.

### 2.6.2 Apport nutritionnel moyen

Les apports nutritionnels moyens de la population ont été déterminés au moyen des

données du rappel alimentaire de 24 heures. Il est possible d'estimer à la fois les variances interindividuelles et intraindividuelles (Beaton, Milner, McGuire, Feather et Little, 1983). Le BSBAI a précisé les apports nutritionnels moyens et les apports nutritionnels comme proportion de l'apport calorique par couche d'âge-sexe regroupée (Laffey, Junkins et Nguyen, 2001) en utilisant des procédures analytiques standard. D'autres analyses ont été effectuées au Nouveau-Brunswick.

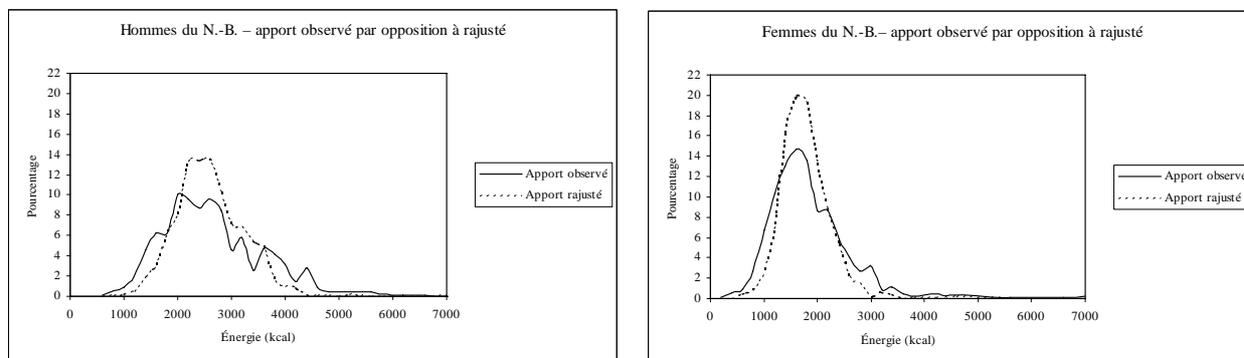
### 2.6.3 Apport nutritionnel habituel

Il est essentiel que les analyses tiennent compte à la fois de la variance qui se produit entre les personnes et de la variance dans l'apport de chaque personne à des jours différents. Si les apports d'un seul jour sont utilisés pour déterminer les apports de la population, le résultat peut être faussé, car un nombre exagéré des résultats apparaissent dans les extrêmes ou les queues de la répartition (Beaton et coll., 1979). Par conséquent, il a fallu utiliser une méthode qui permettrait d'estimer la répartition des apports habituels en tenant compte des premiers et deuxièmes rappels alimentaires de 24 heures. Cette méthode comportait deux étapes : tout d'abord, on a identifié le besoin d'une normalisation, ce qui a exigé l'élimination de 0,74 % des données comme observations aberrantes; on a ensuite procédé à une transformation linéaire pour éliminer la variance intraindividuelle (Laffey, Junkins et Nguyen, 2001). Le regroupement des groupes d'âge-sexe adjacents pour obtenir un total de six groupes a stabilisé davantage les composantes de variance. Dans les cas où la méthode aurait produit des valeurs négatives ou des valeurs presque nulles en ce qui a trait à la variance interindividuelle des éléments nutritifs (donnant ainsi un rapport de variance interindividuelle-intraindividuelle excessivement élevé), une évaluation graphique a été utilisée pour répéter l'identification et l'élimination des observations aberrantes dans le but de stabiliser les composantes de variance (Laffey, Junkins et Nguyen, 2001).

Cette méthode de rajustement a été utilisée pour tous les éléments nutritifs décrits dans le présent rapport, sauf pour l'alcool, la caféine et le carotène. Il a été impossible de rajuster les apports habituels de ces trois substances en raison du pourcentage élevé de la population qui n'en avait pas consommé. Tous les tableaux de ce rapport qui utilisent des apports rajustés sont désignés comme étant « rajustés pour la variance intrasujet ». Il s'agit entre autres des tableaux sur les percentiles des éléments nutritifs, les catégories de consommation des macronutriments et les apports nutritionnels de référence. Ces tableaux ont été élaborés par le BSBAI, et les variances ont été estimées à l'aide du logiciel SUDAAN (Junkins et coll., 2001b). Les données rajustées ne peuvent pas servir à estimer l'apport habituel d'une personne.

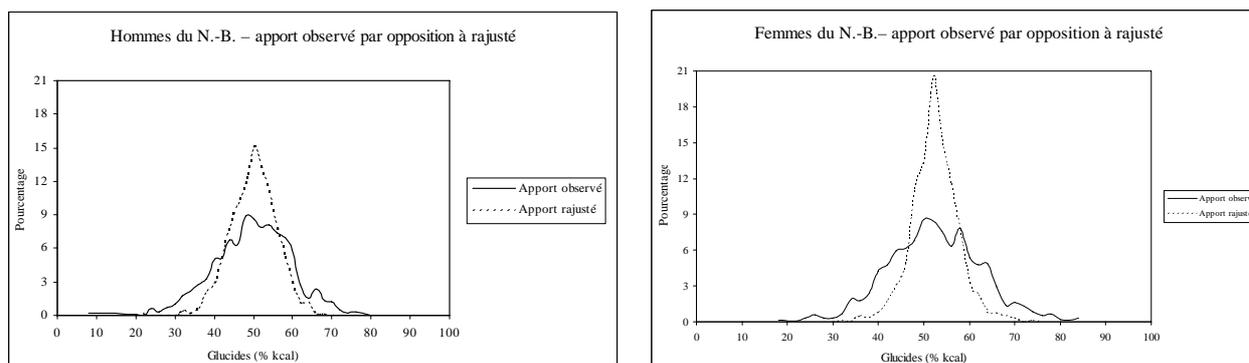
Les graphiques suivants (figures 2.2, 2.3 et 2.4), tirés du rapport sur la méthodologie de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick utilisée pour estimer les apports habituels, démontre qu'un rajustement des apports habituels a produit une répartition dont la forme et la courbe médiane sont identiques à la variable originale, mais dont les queues de chaque côté ont été réduites (Laffey, Junkins et Nguyen, 2001).

**Figure 2.2 Apport calorique de l'énergie : observé par opposition à rajusté**



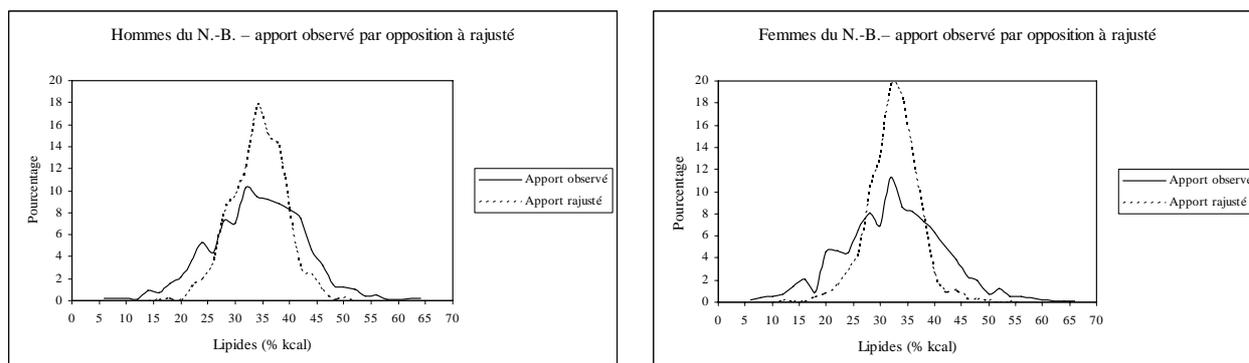
Source : BSBAI EA451311-009

**Figure 2.3 Apport en glucides : observé par opposition à rajusté**



Source : BSBAI EA451311-009

**Figure 2.4 Apport en lipides : observé par opposition à rajusté**



Source : BSBAI EA451311-009

## Chapitre 2

### 2.6.4 Autres analyses

Les bases de données générées à partir de cette enquête peuvent servir à effectuer des analyses approfondies des interrelations entre les variables, les éléments nutritifs et diverses autres préoccupations liées à la santé et à la nutrition. Cependant, on a signalé aux analystes l'importance de tenir compte du concept utilisé afin de ne pas sous-estimer de manière significative les erreurs d'échantillonnage, ce qui pourrait mener à des conclusions erronées au moment de comparer les sous-groupes.

### 2.7 COMITÉ D'EXPERTS

Avant d'être publiée, chaque enquête provinciale doit faire l'objet d'un examen de la part d'un groupe d'experts afin d'être financée par Santé Canada. Le comité d'experts de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick était composé des membres suivants :

D <sup>re</sup> Susan Whiting	University of Saskatchewan
D <sup>re</sup> Kathy Gray-Donald	Université McGill
D <sup>re</sup> Marielle Ledoux	Université de Moncton

Une ébauche du rapport a été soumise au comité d'experts. Leurs commentaires ont été considérés en préparant le rapport final. Voir également le chapitre 11.1 « Orientations futures ».

## **3** RÉPONSE ET NON-RÉPONSE

Les sources de biais peuvent fausser les résultats de l'enquête. Les sources de biais possibles incluent le choix de l'estimateur, les réponses erronées fournies par les répondants, les erreurs d'échantillonnage et les non-réponses (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Il est possible que les personnes qui ont choisi de ne pas participer à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick soient différentes de celles qui ont participé. Le présent chapitre présente l'analyse du Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques (BSBAI) sur l'ampleur du biais causée par la réponse et la non-réponse.

### 3.1 RÉSULTATS DE L'ÉCHANTILLON

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a été effectuée à l'aide d'un plan d'échantillonnage à un degré utilisant 12 couches d'âge-sexe. Afin d'obtenir une estimation fiable de la prévalence des caractéristiques de 15 % de la population, à 10 % près, pour 95 % du temps, un objectif de 2 000 réponses initiales était requis (Nargundkar, 1996). Voir le tableau 3.1 pour obtenir les résultats de l'échantillonnage en fonction des groupes d'âge-sexe.

Un total de 1 816 Néo-Brunswickois ont effectué l'entrevue initiale. Une entrevue initiale acceptable exigeait que le Rappel alimentaire de 24 heures et le questionnaire sur la fréquence de consommation (QFC) soient remplis et qu'ils contiennent des données fiables selon les normes du Bureau des sciences de la nutrition (BSN). Six enquêtes initiales ont été déterminées inutilisables.

Le plan d'échantillonnage original devait inclure un deuxième rappel alimentaire de 24 heures pour environ le tiers des répondants. En réalité, un deuxième rappel a été effectué auprès de 29,5 % (535/1816) des participants. En raison de l'attribution d'une deuxième entrevue avant l'identification des participants, les deuxièmes entrevues n'ont pas été distribuées de façon uniforme pour chaque combinaison d'âge, de sexe, de région géographique et de saison. Voici quelques exemples démontrant cette situation : Au cours de la phase du printemps, il n'y a eu que 7 deuxièmes rappels relativement aux 43 entrevues initialement effectuées auprès du groupe de 70 à 74 ans, et aucun deuxième rappel n'a été effectué pour ce groupe d'âge dans les régions d'Edmundston, de Campbellton et de Bathurst. Au cours de la phase d'automne, il n'y a eu que 17 deuxièmes entrevues relativement aux 74 entrevues initialement effectuées auprès du groupe d'hommes de 30 à 39 ans dans la région de Campbellton, et aucune deuxième entrevue n'a été effectuée pour le groupe d'hommes de 30 à 39 ans et le groupe de femmes de 60 à 69 ans dans cette région (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). De tels résultats doivent être pris en considération au cours de la pondération des données de l'enquête (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

Tableau 3.1 Résultats de l'échantillonnage par groupe d'âge-sexe pour les deux saisons

Groupe d'âge-sexe	Total au N.-B.			Automne 1996		Printemps 1997	
	Plan d'échantillonnage	Premières entrevues	Deuxièmes entrevues	Premières entrevues	Deuxièmes entrevues	Premières entrevues	Deuxièmes entrevues
Hommes de 18 à 29 ans	200	108	35	52	17	56	18
Hommes de 30 à 39 ans	200	137	36	74	17	63	19
Hommes de 40 à 49 ans	200	165	56	84	29	81	27
Hommes de 50 à 59 ans	200	178	44	92	24	86	20
Hommes de 60 à 69 ans	200	176	48	87	24	89	24
Hommes de 70 à 74 ans	100	89	19	46	12	43	7
Femmes de 18 à 29 ans	200	115	37	53	21	62	16
Femmes de 30 à 39 ans	200	172	51	76	26	96	25
Femmes de 40 à 49 ans	200	190	56	84	22	106	34
Femmes de 50 à 59 ans	200	200	64	98	31	102	33
Femmes de 60 à 69 ans	200	208	62	92	28	116	34
Femmes de 70 à 74 ans	100	78	27	30	9	48	18
<b>TOTAL</b>	<b>2200</b>	<b>1816</b>	<b>535</b>	<b>868</b>	<b>260</b>	<b>948</b>	<b>275</b>

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

Le plan d'échantillonnage devait fournir une distribution uniforme de rappels alimentaires de 24 heures pour chaque jour de la semaine (c'est-à-dire 14,3 % par jour). Voir le tableau 3.2 pour obtenir la distribution réelle. Les rappels pour l'apport alimentaire le samedi et le dimanche ont été sous-représentés en raison du refus de plusieurs répondants de se prêter à une entrevue au cours de la fin de semaine. Le même motif a été remarqué dans d'autres provinces. Par exemple, l'apport alimentaire du samedi correspondait à seulement 9 % des entrevues effectuées au Québec et en Saskatchewan, et à 8 % des entrevues effectuées à l'Î.-P.-É.

Tableau 3.2 Distribution des entrevues selon le jour de la semaine

		Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Première entrevue	%	6 %	17 %	19 %	20 %	18 %	12 %	8 %
	n	106	311	342	363	320	229	151
Deuxième entrevue	%	9 %	14 %	19 %	18 %	18 %	13 %	9 %
	n	51	76	102	95	98	70	46

## 3.2 CATÉGORIES DE RÉPONSES

Le formulaire A-1 (annexe C) a été utilisé pour catégoriser le résultat réponse / non-réponse de chaque tentative d'entrevue. Afin de minimiser le biais de l'échantillonnage, l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a utilisé un système de suivi qui permet d'assurer que des tentatives d'entrevues ont été effectuées auprès de 100 % de l'échantillon tiré de 4 449 personnes. Des renseignements supplémentaires sur les catégories de réponses sont fournis à l'annexe F, incluant une description d'ordinogramme et les nombres selon les groupes d'âge-sexe.

### 3.2.1 Taux obtenus à l'intérieur de la portée

Les personnes, considérées comme hors de la portée de l'enquête (non admissibles à l'enquête) étaient soit décédées, enceintes ou allaitantes, hospitalisées, internées dans une institution, déménagées à l'extérieur de la province, vivant dans une communauté de Premières nations ou souffraient d'un problème de santé grave qui les empêchait d'effectuer l'entrevue par elles-mêmes (p. ex. un accident cérébrovasculaire ou une maladie grave). Quarante-deux pour cent des personnes rencontrées et interrogées étaient à l'intérieur de la portée de l'enquête. Les taux obtenus à l'intérieur de la portée du projet étaient semblables entre les régions géographiques et étaient uniformes pour les hommes et les femmes. Le taux le plus faible a été obtenu par le groupe le plus jeune (de 18 à 29 ans), mais ce résultat n'était pas imprévu puisque ce groupe inclut des femmes enceintes et des jeunes, qui ont tendance à déménager plus souvent (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Les chiffres sont également plus faibles pour les groupes plus âgés, probablement en raison du taux plus élevé de maladie grave et de résidents saisonniers (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

### 3.2.2 Taux de cas réglés

Les résultats des entrevues étaient catégorisés comme non réglés s'il était impossible de communiquer avec la personne par lettre, par une visite à domicile ou par au moins cinq tentatives d'appels téléphoniques. S'il a été déterminé que la personne a déménagé dans une autre région de la province, la responsabilité de communiquer avec cette personne a été transmise à l'intervieweur responsable de cette région. Le taux de réussite de la localisation des personnes et des tentatives d'entrevues était de 75 % (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Les taux de cas réglés étaient uniformes entre les sexes, mais ils étaient plus élevés pour le groupe le plus âgé, comparativement au groupe des plus jeunes, qui

sont souvent plus passagers (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

### 3.2.3 Taux de refus

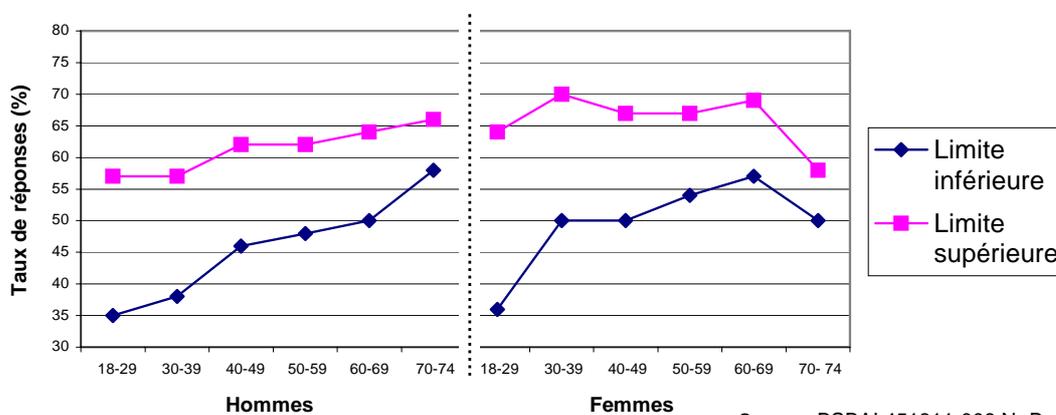
Environ 32 % des personnes correspondant à la portée de l'enquête ont refusé d'y participer. Ce taux variait grandement selon les régions. Le plus faible taux était de 28 % à Campbellton et à Miramichi, et le taux le plus élevé était de 38 %, à Bathurst (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Le taux de refus était légèrement plus faible chez les femmes, à l'exception du groupe de femmes de 70 à 74 ans, dont le taux de refus était le plus élevé de tous. De plus, au cours de la phase initiale d'automne, le taux de refus de ce groupe était plus élevé de 12 % que celui de tous les autres groupes d'âge (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

### 3.2.4 Taux de réponses

Une catégorie de non-réponse était sélectionnée si la personne refusait de participer (directement ou indirectement), si l'intervieweur n'était pas en mesure d'établir une communication afin de déterminer l'admissibilité, si les conditions d'entrevue étaient considérées non sécuritaires, si la personne ne pouvait parler aucune des deux langues officielles ou si les données recueillies étaient considérées inutilisables par les enquêteurs. Les 1 816 réponses utilisables recueillies correspondaient à 90,8 % de l'objectif de 2 000 réponses recommandé par Nargundkar (1996). Les taux de réponses étaient fondés sur un rapport élaboré pour l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick par le Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques (BSBAI), et les observations faites supposaient que les taux de réponses ont été calculés de façon semblable pour chaque province. Le taux global de réponses de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a été estimé entre 47 % (si les cas non réglés sont inclus dans la portée de l'enquête) et 64 % (si les cas non réglés sont présumés être hors de la portée). Les enquêtes menées en Nouvelle-Écosse, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard affichaient des taux de réponses entre 69 % et 80 %; toutefois, le taux de réponses au Nouveau-Brunswick était supérieur à celui de la Saskatchewan (46 %) et de l'Ontario (29 %). Le faible taux de réponses de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, comparativement à celui d'autres provinces, peut limiter l'exactitude avec laquelle les résultats représentent les habitudes de la population entière de la province.

Voir la figure D.1 (Annexe D) pour obtenir l'ordinogramme des catégories de réponses. Un certain nombre de combinaisons de région, d'âge, de sexe et de saison ont dû être regroupées en raison du faible nombre de personnes. La combinaison des données de différentes régions géographiques contribue au biais puisque la probabilité des réponses ou des refus variait grandement entre les régions. Puisque les taux de réponse et de refus selon le sexe et la saison étaient semblables entre la plupart des groupes d'âge adjacents, les enquêteurs ont été en mesure de regrouper les résultats à l'aide de cette méthode sans augmenter le biais de façon considérable (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). La figure 3.1 illustre les taux de réponse selon la couche d'âge pour chaque sexe.

Figure 3.1 Taux de réponse selon l'âge et le sexe



Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

### 3.3 QUESTIONNAIRE DE NON-RÉPONSE

Si les caractéristiques nutritionnelles des répondants et des non-répondants sont semblables, l'impact des non-réponses sera minimal. Pour le déterminer, on a demandé aux personnes qui ont choisi de ne pas participer à une entrevue de répondre à un court questionnaire (formulaire A-2 de l'annexe D). Les questions portaient sur le pain, le lait, l'apport en suppléments vitaminiques et minéraux et l'usage du tabac.

Environ 73 % des personnes qui n'ont pas participé au processus d'entrevue détaillée ont rempli le questionnaire de non-réponse. Il est impossible de déterminer le type ou l'ampleur des différences qui peuvent exister chez les personnes qui refusent d'effectuer l'entrevue et de remplir le questionnaire de non-réponse. Il est possible que des différences chez 27 % des non-répondants puissent modifier les résultats utilisés pour représenter l'ensemble du groupe.

Les répondants et les non-répondants ne présentaient aucune différence relativement au statut de fumeur actuel et passé, et au nombre de cigarettes fumées par jour. Il n'y avait aucune différence observable dans l'utilisation de suppléments vitaminiques ou minéraux. Le type et la quantité de lait consommé étaient semblables dans les deux groupes, à l'exception des femmes de 18 à 29 ans et des hommes et des femmes de 50 à 59 ans qui consommaient une quantité considérablement plus grande que les non-répondants. La consommation de pain était semblable, sauf dans le cas du type de pain. Une proportion considérable de répondants préférait le pain blanc, tandis que les non-répondants préféraient le pain de blé entier. Il est donc possible que les résultats de cette étude sous-estiment la quantité de pain de blé entier consommée (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Voir le tableau D.4 à l'annexe D pour obtenir un résumé des résultats.

### 3.4 COMPARAISON DES RÉPONDANTS AUX PROFILS DE LA POPULATION

Pour déterminer si les répondants étaient représentatifs de la population générale du N.-B., certaines caractéristiques pouvant avoir une incidence sur les habitudes alimentaires ont été comparées aux statistiques provinciales existantes. Ces caractéristiques incluaient l'usage du tabac, l'état matrimonial et le niveau d'éducation.

Les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à l'usage quotidien du tabac ont été comparés aux résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 et de l'Enquête sur le tabagisme au Canada (1995). Aucune différence significative n'a été observée chez les fumeurs quotidiens entre les résultats de l'ENSP et de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick pour les femmes, les hommes et les résultats globaux, même si les résultats de l'ENSP ont démontré une proportion plus faible d'hommes fumeurs dans le groupe d'âge de 40 à 49 ans. Aucune différence significative n'a été remarquée en comparant les résultats de l'Enquête sur le tabagisme au Canada et ceux de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick en ce qui a trait au tabagisme chez les femmes, chez les hommes et dans l'ensemble, sauf dans le cas du groupe d'âge de 30 à 39 ans, qui contenait un plus grand nombre de fumeurs, et dans le cas du groupe d'âge de 60 à 69 ans, qui contenait un moins grand nombre de femmes qui fument. Ces résultats indiquent que la prévalence des fumeurs quotidiens estimée par l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick est comparable à celle des deux autres enquêtes (ENPS et Enquête sur le tabagisme au Canada). Il est donc peu probable qu'elle contribue au biais (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

Les proportions de participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick dans différentes catégories d'état matrimonial ont été comparées à la population générale du N.-B. à l'aide des mêmes catégories que le recensement de 1996. Il y avait beaucoup plus de personnes mariées et beaucoup moins de personnes séparées ou divorcées dans l'enquête sur la nutrition que dans le recensement. Ces résultats étaient uniformes pour la plupart des groupes d'âge-sexe. L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick incluait beaucoup plus de femmes veuves et beaucoup moins d'hommes veufs que le recensement, particulièrement pour les groupes d'âge de 60 à 69 ans et de 70 à 74 ans (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Ces écarts pourraient biaiser les résultats, selon la façon dont chaque état matrimonial peut avoir une incidence sur les apports alimentaires.

Les niveaux d'éducation des participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick ont été comparés à ceux de la population générale du N.-B. en utilisant les mêmes catégories utilisées dans le recensement de 1996. Les répondants de l'enquête sur la nutrition comprenaient une proportion beaucoup plus faible de personnes ayant une éducation de niveau secondaire, collégiale ou de métier, et une proportion beaucoup plus élevée de personnes ayant une éducation universitaire, pour la plupart des groupes d'âge-sexe. La seule exception est le groupe de femmes de 18 à 29 ans qui contenait un plus grand nombre de femmes ayant une éducation de niveau collégial ou de métier dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. Une plus grande proportion des

participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick que des participants au recensement ont obtenu un diplôme universitaire, à l'exception des hommes de 18 à 49 ans et des femmes de 30 à 74 ans, pour lesquels il n'y avait aucune différence significative. Les différences entre les niveaux d'éducation des personnes interviewées relativement à ceux de la population générale pourraient biaiser les résultats de l'enquête sur la nutrition.

Certaines des comparaisons de la population effectuées relativement au tabagisme, à l'état matrimonial et au niveau d'éducation sont illustrées au tableau 3.3 ci-dessous.

Tableau 3.3 Comparaisons des profils de la population du N.-B. (1996) pondérées selon l'âge et le sexe

	Hommes						Femmes					
	De 18 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De tous les âges	De 18 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De tous les âges
<b>Proportions de fumeurs quotidiens :</b>												
Enquête sur la nutrition au N.-B.	0,31	0,28	0,33	0,30	0,21	0,30	0,28	0,28	0,28	0,25	0,16	0,26
Population du N.-B. <sup>1</sup>	0,43	0,35	0,16	0,29	0,29	0,31	0,29	0,25	0,36	0,20	0,22	0,28
Population du N.-B. <sup>2</sup>	0,22	0,43	0,32	0,23	0,14	0,30	0,26	0,51	0,42	0,14	0,08	0,31
	Hommes						Femmes					
	De 18 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 18 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 74 ans
<b>Proportions de personnes mariées :</b>												
Enquête sur la nutrition au N.-B.	0,33	0,81	0,83	0,86	0,84	0,76	0,42	0,79	0,82	0,83	0,67	0,57
Population du N.-B. <sup>3</sup>	0,26	0,66	0,72	0,75	0,62	0,55	0,18	0,62	0,74	0,77	0,78	0,80
<b>Proportion de personnes détenant un baccalauréat ou un diplôme supérieur :</b>												
Enquête sur la nutrition au N.-B.	0,17	0,17	0,18	0,19	0,06	0,10	0,20	0,12	0,16	0,13	0,05	0,05
Population du N.-B. <sup>3</sup>	0,14	0,15	0,14	0,04	0,01	0,10	0,10	0,13	0,13	0,11	0,09	0,08

<sup>1</sup> ENSP, 1996-1997 (Nota : sous-ensembles d'âge différents)

<sup>2</sup> Enquête sur le tabagisme au Canada, 1995

<sup>3</sup> Recensement du N.-B., 1996

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

### 3.5 POIDS D'ÉCHANTILLONNAGE

Les poids d'échantillonnage tiennent compte des probabilités de sélection, des taux de non-réponse, ainsi que de la surreprésentation et de la sous-représentation, et ils sont utilisés pour déterminer si les estimations reflètent de façon fiable les paramètres relatifs à la population.

Puisque le plan d'échantillonnage était identique, le BSBAI a mis en œuvre les mêmes méthodes de calcul des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada dans le cadre de l'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard. En vue des rajustements pour les surévaluations et les sous-évaluations, les estimations de la population effectuées après le recensement du N.-B. (1996 et 1997) ont été utilisées pour chaque groupe d'âge-sexe de chaque saison (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Des poids d'échantillonnage extrêmes peuvent donner des estimations inexactes en laissant un faible nombre d'observations inhabituelles avoir une trop grande influence. Il n'a pas été nécessaire de réduire les poids d'échantillonnage pour l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick puisqu'ils étaient tous relativement stables et puisque aucun d'entre eux n'était supérieur à trois (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Le tableau 3.4 résume les poids calculés.

Tableau 3.4 Poids d'échantillonnage, selon la saison

Automne 1996			Printemps 1997		
Groupe d'âge-sexe	Pondération de la population	Pondération de l'échantillon	Groupe d'âge-sexe	Pondération de la population	Pondération de l'échantillon
Hommes de 18 à 29 ans	618,45	2,11	Hommes de 18 à 29 ans	627,21	2,13
Hommes de 30 à 39 ans	413,75	1,41	Hommes de 30 à 39 ans	530,79	1,81
Hommes de 40 à 49 ans	332,97	1,13	Hommes de 40 à 49 ans	377,12	1,28
Hommes de 50 à 59 ans	198,79	0,68	Hommes de 50 à 59 ans	232,25	0,79
Hommes de 60 à 69 ans	150,28	0,51	Hommes de 60 à 69 ans	160,44	0,55
Hommes de 70 à 74 ans	115,49	0,39	Hommes de 70 à 79 ans	134,94	0,46
Femmes de 18 à 29 ans	575,55	1,96	Femmes de 18 à 29 ans	537,35	1,83
Femmes de 30 à 39 ans	398,39	1,36	Femmes de 30 à 39 ans	344,46	1,17
Femmes de 40 à 49 ans	332,7	1,13	Femmes de 40 à 49 ans	287,95	0,98
Femmes de 50 à 59 ans	183,38	0,63	Femmes de 50 à 59 ans	192,43	0,65
Femmes de 60 à 69 ans	154,73	0,53	Femmes de 60 à 69 ans	134,03	0,46
Femmes de 70 à 74 ans	221,7	0,75	Femmes de 70 à 74 ans	151,33	0,52

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

### 3.6 RÉSUMÉ DES LIMITES DE L'ENQUÊTE

Le taux de réponse global de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick variait de 47 à 64 % (selon la catégorisation des échantillons non réglés). Ce taux était comparable à celui des autres enquêtes provinciales et fédérales sur la nutrition, qui varie de 46 à 85 %. Le nombre de réponses utilisables obtenues répondait à 90,8 % de l'objectif (1 816 réponses sur un objectif de 2 000). Il est toutefois important de noter qu'un certain nombre de groupes, par exemple le groupe d'âge de 18 à 29 ans et les résidents des régions de Bathurst et Saint John, peuvent être sous-représentés en raison du taux de réponse moins élevé (Nguyen, Weston et Junkins, 2001). Les nombres élevés de non-réponse dans certains groupes d'âge-sexe et dans certaines régions géographiques créent des sources possibles de biais, qui doivent être prises en considération au cours de l'interprétation des résultats.

Les caractéristiques des répondants et des non-répondants étaient semblables en termes de tabagisme et d'utilisation de suppléments vitaminiques ou minéraux. Une préférence pour le pain de blé entier chez les non-répondants et un apport plus élevé de produits laitiers par certains groupes de répondants peuvent biaiser les résultats. Puisqu'un certain nombre de personnes n'ont pas accepté de se soumettre à l'entrevue ou au sondage de non-réponse, il est impossible de comprendre précisément les types ou l'ampleur des différences entre les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête et les personnes qui n'y ont pas participé.

L'échantillon de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick était comparable à la population générale relativement à la proportion de fumeurs quotidiens. Les personnes mariées étaient surreprésentées et les personnes célibataires et séparées ou divorcées étaient sous-représentées. Les niveaux d'éducation de certains groupes étaient considérablement différents de ceux de la population générale. Puisque l'état matrimonial et le niveau d'éducation peuvent avoir une incidence sur les habitudes alimentaires, ces différences peuvent biaiser les résultats de l'étude.

Afin d'aborder les effets des non-réponses, le regroupement et la pondération des données ont été effectués. Des couches d'âge-sexe plus importantes ont été créées au besoin, ce qui n'entraîne que très peu de biais en raison de l'absence de différences importantes entre les groupes combinés. La pondération de l'échantillon a été utilisée au cours de l'analyse de données afin d'obtenir une réflexion plus précise des paramètres d'âge et de sexe de la population du N.-B.

En général, il est prévu que les non-réponses n'auront qu'un effet mineur sur les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. Ainsi, dans la plupart des cas, les données de l'enquête sur la nutrition permettent d'obtenir une estimation raisonnable de l'apport alimentaire des Néo-Brunswickois.

## 4 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Le présent chapitre présente les caractéristiques démographiques de la population du Nouveau-Brunswick (N.-B.) étudiées dans le cadre de l'enquête sur la nutrition, y compris la région géographique, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le tabagisme, l'éducation et le revenu. Les résultats ont été compilés selon les renseignements recueillis à l'aide du questionnaire du profil démographique (annexe A).

### 4.1 RÉGION GÉOGRAPHIQUE

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a été effectuée dans sept régions géographiques :

1. Moncton
2. Saint John
3. Fredericton
4. Edmundston
5. Campbellton
6. Bathurst
7. Miramichi

Le tableau 4.1 illustre les tailles d'échantillon de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, selon les régions géographiques. Les plus petites tailles d'échantillon disponibles pour certaines régions entraîneront probablement de plus grands écarts et une moins grande précision des estimations effectuées pour ces régions. Les probabilités de refus, de réponse et de cas réglés ont indiqué des interactions considérables entre les régions géographiques et les saisons, ce qui constitue un biais possible (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

Tableau 4.1 Taille de l'échantillon selon la région géographique et la saison

Saison	Moncton	Saint John	Fredericton	Edmundston	Campbellton	Bathurst	Miramichi
Automne	216	189	170	80	38	102	73
Printemps	235	215	250	78	31	72	67
Total	451	404	420	158	69	174	140

## 4.2 ÂGE ET SEXE

Le plan d'échantillonnage de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick utilisait douze couches d'âge-sexe, qui ont été regroupées en huit couches pour la plupart des analyses. Le regroupement des données a permis l'exécution d'estimations plus précises en plus d'assurer l'uniformité relative aux rapports sur les enquêtes provinciales précédentes sur la nutrition. Le tableau 4.2 décrit la taille d'échantillon maximale selon ces huit couches d'âge-sexe. Dans le cas des questions où le taux de réponse était inférieur à 100 %, un deuxième regroupement des couches d'âge-sexe a été effectué. Puisque les groupes d'âge adjacents avaient des mécanismes de réponse homogènes, le regroupement pouvait être effectué sans augmenter le biais de façon considérable (Nguyen, Weston et Junkins, 2001).

## 4.3 ÉTAT MATRIMONIAL

Le tableau 4.2 décrit l'état matrimonial selon les huit couches d'âge-sexe. L'état matrimonial est également décrit selon les 12 couches d'âge-sexe présentées au chapitre 3. En général, environ 70 % des répondants étaient mariés ou avaient un conjoint de fait.

## 4.4 TABAGISME

Les répondants au questionnaire du profil démographique ont répondu à une série de questions relatives au tabagisme (formulaire E, annexe A). Le tableau 4.2 décrit les fumeurs quotidiens selon les huit couches d'âge-sexe. En général, 25 % des participants à l'enquête étaient des fumeurs quotidiens. Selon le Rapport sur la santé des Canadiennes et des Canadiens (1996), jusqu'à 31 % des Néo-Brunswickois fumaient au moins une cigarette ou plus par jour.

## 4.5 ÉDUCATION

Les répondants au questionnaire du profil démographique ont répondu à des questions portant sur leur niveau d'éducation (annexe A). L'analyse présentée a regroupé les niveaux d'éducation en trois catégories :

- élémentaire (toute éducation qui n'inclut pas l'obtention du diplôme d'études secondaires);
- secondaire (obtention du diplôme d'études secondaires; éducation collégiale ou universitaire sans l'obtention d'un diplôme);
- postsecondaire (obtention d'au moins un diplôme d'études collégiales ou universitaires).

La totalité (100 %) de l'échantillon de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a répondu à la question relative à l'éducation. Le tableau 4.2 décrit les niveaux d'éducation selon les huit couches d'âge-sexe. Les niveaux d'éducation sont également décrits selon les différentes couches d'âge-sexe au chapitre 3. En général, 31 % des répondants détenaient au moins un diplôme d'études secondaires. L'Enquête sur la nutrition au

#### Chapitre 4

Nouveau-Brunswick a permis de conclure que 32 % des Néo-Brunswickois ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires. Ces résultats sont identiques au pourcentage des Néo-Brunswickois qui n'ont pas terminé leurs études secondaires selon le Rapport sur la santé des Canadiennes et des Canadiens (1996). Le pourcentage des adultes ayant obtenu un diplôme universitaire était de 13 % selon le Rapport sur la santé des Canadiennes et des Canadiens (1996), ce qui est bien inférieur au pourcentage de 29 % des participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick qui détiennent un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

Tableau 4.2 Caractéristiques démographiques de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. (Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (163)	De 50 à 64 ans (247)	De 65 à 74 ans (260)	De 18 à 34 ans (183)	De 35 à 49 ans (194)	De 50 à 64 ans (283)	De 65 à 74 ans (297)
<b>État matrimonial</b> mariage ou union de fait	47	84	86	80	58	81	79	58
<b>Tabagisme</b> fumeur quotidien	29	32	27	15	28	28	22	16
<b>Éducation</b> élémentaire	10	21	38	71	12	17	35	52
secondaire	54	43	32	19	50	48	36	29
postsecondaire	36	35	29	10	38	35	29	19

#### 4.6 NIVEAU DE REVENU ADÉQUAT

Les répondants du questionnaire du profil démographique (Formulaire E, annexe A) ont dû indiquer la lettre qui représentait le revenu total du ménage avant impôt en 1995. Ils devaient également préciser la taille du ménage.

Les plages de revenus étaient les suivantes :

- A. Moins de 5 000 \$
- B. De 5 001 \$ à 10 000 \$
- C. De 10 001 \$ à 20 000 \$
- D. De 20 001 \$ à 30 000 \$
- E. De 30 001 \$ à 40 000 \$
- F. De 40 001 \$ à 50 000 \$
- G. De 50 001 \$ à 60 000 \$
- H. De 60 001 \$ et plus
- I. Ne sais pas

La figure 4.1 illustre les catégories de revenus déterminées par Statistique Canada en 1995 pour l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997. Les ménages à faible revenu sont également divisés en niveaux de revenu adéquat faible et plus faible. En raison des plages différentes utilisées dans le questionnaire de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, des modifications ont été apportées aux plages de revenu. La figure 4.2 indique les plages de revenu ajustées utilisées dans le présent rapport. La modification la plus importante a été apportée aux ménages composés de 1 ou 2 personnes; le revenu de 15 000 \$ utilisé pour séparer le revenu faible du revenu moyen a été augmenté à 20 000 \$ (cette modification a également été apportée dans le cas du niveau de revenu adéquat le plus faible pour les ménages composés de 5 personnes ou plus). Cela signifie que dans le tableau 4.3, le nombre de Néo-Brunswickois ayant un revenu faible est surestimé et le pourcentage du groupe à revenu moyen est sous-estimé. Selon l'enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (tableau 4.3), en moyenne, 6 % des hommes et 11 % des femmes vivaient dans les ménages ayant le revenu le plus faible ; 17 % des hommes et 15 % des femmes faisaient partie du groupe à faible revenu ; 29 % des hommes et 25 % des femmes faisaient partie du groupe à revenu moyen ; et environ la moitié des hommes et des femmes faisaient partie des groupes à revenu intermédiaire, tranche supérieure et à revenu élevé. Tel que prévu, à l'aide des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada, le pourcentage de gens qui font partie des ménages à faible revenu selon les plages de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick est plus élevé que le pourcentage déterminé au cours du recensement pour la même période. Selon le recensement de 1996, 19 % des Néo-Brunswickois faisaient partie d'un ménage à faible revenu en 1995 (Statistique Canada, 1996).

Se reporter au chapitre 10 pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'apport nutritionnel moyen par rapport au niveau de revenu adéquat.

Figure 4.1 Groupes de revenu de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

Taille du ménage	Revenu plus faible	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu moyen supérieur	Revenu supérieur
1 ou 2 personnes	moins de 10 000 \$	10 000 \$ à 14 999 \$	15 000 \$ à 29 999 \$	30 000 \$ à 59 999 \$	égal ou supérieur à 60 000 \$
3 ou 4 personnes	moins de 10 000 \$	10 000 \$ à 19 999 \$	20 000 \$ à 39 999 \$	40 000 à 79 999 \$	égal ou supérieur à 80 000 \$
5 personnes ou plus	moins de 15 000 \$	15 000 \$ à 29 999 \$	30 000 \$ à 59 999 \$	60 000 \$ à 79 999 \$	égal ou supérieur à 80 000 \$

Source : Statistique Canada, Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

Chapitre 4

Figure 4.2 Groupes de revenu modifiés pour l'Enquête sur la nutrition au N.-B.

Taille du ménage	Revenu plus faible	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu moyen supérieur et revenu supérieur
1 ou 2 personnes	10 000 \$ et moins	10 000 \$ à 20 000 \$*	20 001 \$* à 30 000 \$	30 001 \$ et plus
3 ou 4 personnes	10 000 \$ et moins	10 000 \$ à 20 000 \$	20 001 \$ à 40 000 \$	40 001 \$ et plus
5 personnes ou plus	20 000 \$* et moins	20 000 \$* à 30 000 \$	30 001 \$ à 60 000 \$	60 001 \$ et plus

\* Le revenu de 15 000 \$ a été changé à 20 000 \$ pour s'adapter à la plage utilisée dans le cas du questionnaire du profil démographique de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick.

Tableau 4.3 Niveau de revenu adéquat (Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(n)	(163)	(247)	(260)	(183)	(194)	(283)	(297)	(189)
Revenu plus faible	12	2	5	4	16	7	8	11
Revenu faible	9	12	13	32	13	10	11	27
Revenu moyen	30	32	22	30	25	28	24	22
Revenu moyen supérieur et revenu supérieur	49	53	60	34	46	54	58	41

## **5** APPORTS ÉNERGÉTIQUES ET NUTRITIONNELS

L'objectif du présent chapitre est d'établir un profil des apports énergétiques et nutritionnels des hommes et des femmes du Nouveau-Brunswick et de repérer les carences alimentaires au sein des sous-groupes de population. Les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (N.-B.) sont comparés à ceux des autres enquêtes provinciales sur la nutrition ainsi qu'aux statistiques issues de l'échantillonnage de la région du Canada atlantique dans le cadre de l'Enquête nationale sur la nutrition réalisée en 1972 (Nutrition Canada, 1973). Ces analyses ne sont fondées que sur des comparaisons d'observation.

La version utilisée du Fichier canadien sur les éléments nutritifs (FCEN) dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick ne précisait pas la teneur en vitamine E d'aucun aliment, et la teneur en vitamine D n'était indiquée que pour les aliments enrichis. Par conséquent, l'apport de ces deux éléments nutritifs a été sous-estimé et ne fait pas l'objet du présent rapport.

Les apports nutritionnels traités dans ce rapport ne comprennent que les apports fournis par les aliments et ne tiennent pas compte des apports en suppléments (les données recueillies sur l'utilisation de suppléments sont disponibles, elles ne font pas partie du présent rapport, mais peuvent faire l'objet d'une étude ultérieure).

### 5.1 MESURE DES APPORTS NUTRITIONNELS

Les données alimentaires d'une journée ont été recueillies au moyen du rappel alimentaire de 24 heures (se reporter à la section 2.2.1). Les apports nutritionnels moyens provenant de sources de nourriture, tout comme les intervalles de confiance, sont présentés dans les tableaux 5.1 et 5.2.

#### 5.1.1 Différences selon le sexe

Les apports énergétiques des hommes étaient beaucoup plus élevés que ceux des femmes dans tous les groupes d'âge pour ce qui est des apports moyens et médians (tableaux 5.1 à 5.4). L'apport moyen en fibres pour les personnes âgées de 65 à 74 ans ainsi que l'apport moyen en vitamine B<sub>12</sub> pour les personnes âgées de 18 à 34 ans, lesquels sont semblables pour les hommes et les femmes. Se reporter au tableau E.1 (annexe E) pour connaître les apports énergétiques et nutritionnels totaux selon le sexe.

Lorsque les apports nutritionnels sont comparés aux apports énergétiques (tableaux 5.5 et 5.6), les femmes consomment la plupart des éléments nutritifs dans des concentrations semblables ou supérieures à celles des hommes. Les apports des hommes contiennent des concentrations plus élevées de zinc, tandis que les femmes consomment des concentrations plus élevées de glucides, de fibres, de calcium, de vitamine A, de riboflavine, de niacine, d'acide folique, de vitamine C et de caféine. La consommation

## Chapitre 5

d'alcool et de gras chez les femmes (y compris les matières grasses totales, les acides gras saturés, polyinsaturés et monoinsaturés et le cholestérol) représentait une proportion plus faible de leurs apports énergétiques. La concentration de l'apport en vitamine B<sub>12</sub> était plus élevée chez les hommes de tous les groupes d'âge, sauf ceux âgés de 18 à 34 ans, et la proportion de fer au nombre de calories était seulement plus élevée chez les hommes âgés de 65 à 74 ans.

### 5.1.2 Différences selon l'âge

Les apports de macronutriments, y compris l'énergie, les protéines, les glucides et les matières grasses (les matières grasses totales et les acides gras saturés, polyinsaturés et monoinsaturés), diminuent avec l'âge pour les hommes et les femmes lorsque les apports moyens et médians sont comparés (tableaux 5.1 à 5.4). Les apports en cholestérol étaient semblables dans tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.

Puisque la consommation d'énergie varie avec l'âge, la densité nutritionnelle constitue une mesure utile pour estimer les changements dans les aliments consommés. Tant chez les hommes que chez les femmes (tableaux 5.5 et 5.6), la densité alimentaire de bon nombre d'éléments nutritifs était semblable dans tous les groupes d'âge et augmentait avec l'âge dans certains cas. Les éléments nutritifs consommés en concentrations plus élevées par les hommes et les femmes à mesure qu'ils vieillissent comprennent notamment les fibres, le magnésium, le fer, la vitamine A, la riboflavine et l'acide folique. La densité nutritionnelle de l'apport en vitamine B<sub>12</sub> chez les hommes semble augmenter avec l'âge, alors que chez les femmes, elle semble diminuer dans l'ensemble. La densité alimentaire de l'apport en vitamine C augmente légèrement avec l'âge chez les femmes, tandis que chez les hommes, elle atteint un sommet dans le groupe d'âge de 50 à 64 ans. La densité alimentaire des apports d'alcool et de caféine est la plus élevée dans le groupe d'âge de 35 à 49 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

### 5.1.3 Différences par région géographique

Les apports nutritionnels par région géographique sont illustrés à l'annexe E.8 (voir l'annexe E). L'apport d'éléments nutritifs sélectionnés est abordé au chapitre 5. Les apports nutritionnels étaient semblables dans toutes les régions géographiques du N.-B. Voici des exemples de quelques différences significatives : L'apport de vitamine A était plus élevé de 25 % dans la région de Bathurst que dans la région d'Edmundston, même si le Besoin moyen estimatif (BME) était satisfait. L'apport de vitamine C était plus élevé de 50 % dans la région d'Edmundston que dans la région de Miramichi, où l'apport moyen était tout juste inférieur au BME chez les hommes. La consommation d'alcool était presque cinq fois plus élevée dans la région de Campbellton que dans la région d'Edmundston, et la consommation moyenne de caféine dans la région de Campbellton était inférieure d'environ 100 mg par jour comparativement à la région d'Edmundston. Ces différences peuvent être expliquées par le fait que les régions d'Edmundston, de Miramichi et particulièrement de Campbellton avaient les plus petites tailles d'échantillon.

#### 5.1.4 Différences par niveau d'éducation

L'apport nutritionnel des adultes du N.-B. ayant différents niveaux d'éducation est présenté au tableau E.9 (voir l'annexe E). Des renseignements supplémentaires sur l'apport nutritionnel sont fournis au chapitre 5. En général, l'apport nutritionnel était semblable parmi les personnes ayant différents niveaux d'éducation. Voici quelques exceptions qui ont été observées : la consommation moyenne d'alcool semblait être cinq fois moins élevée chez les personnes ayant une éducation de niveau élémentaire comparativement aux personnes ayant un niveau d'éducation supérieur, l'apport en sodium des personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé était de presque 500 mg de plus que celui des personnes ayant un niveau d'éducation supérieur, l'apport d'acide folique des personnes ayant un niveau d'éducation postsecondaire était supérieur d'environ 20 µg à celui des personnes ayant un niveau d'éducation inférieur (bien qu'aucun des groupes ne respectait le BME pour l'acide folique), et l'apport de vitamine C des personnes ayant un niveau d'éducation supérieur était plus de 20 % supérieur à celui des personnes ayant un niveau d'éducation inférieur (même si tous les groupes respectaient le BME pour cette vitamine). Les différences dans la taille d'échantillon doivent toutefois être prises en considération, et il est impossible de tirer des conclusions fermes au sujet du lien entre le niveau d'éducation et l'apport alimentaire sans l'utilisation d'analyses statistiques plus sophistiquées.

## LISTE DES TABLEAUX TRAITÉS DANS LA SECTION 5.1

### Mesure des apports nutritionnels

- Tableau 5.1 Apports nutritionnels des hommes du N.-B.  
(Apport moyen et intervalle de confiance de 95 % selon l'âge)
- Tableau 5.2 Apports nutritionnels des femmes du N.-B.  
(Apport moyen et intervalle de confiance de 95 % selon l'âge)
- Tableau E.1 Apport nutritionnel selon le sexe : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau 5.3 Percentiles de l'apport nutritionnel des hommes du N.-B. selon l'âge
- Tableau E.2 Apport nutritionnel des hommes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau 5.4 Percentiles de l'apport nutritionnel des femmes du N.-B. selon l'âge
- Tableau E.3 Apport nutritionnel des femmes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau 5.5 Densité nutritionnelle de l'apport des hommes du N.-B.  
(Apport moyen par 1 000 kcal selon l'âge)
- Tableau E.4 Densité nutritionnelle de l'apport des hommes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau 5.6 Densité nutritionnelle de l'apport des femmes du N.-B.  
(Apport moyen par 1 000 kcal selon l'âge)
- Tableau E.5 Densité nutritionnelle de l'apport des femmes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %

Tableau 5.1 Apports nutritionnels<sup>1</sup> des hommes du N.-B.  
(Apport moyen et intervalle de confiance de 95 % selon l'âge)

	De 18 à 34 ans		De 35 à 49 ans		De 50 à 64 ans		De 65 à 74 ans	
	(163)		(247)		(260)		(183)	
	(n)							
	Moyenne	[IC de 95 %]	Moyenne	[IC de 95 %]	Moyenne	[IC de 95 %]	Moyenne	[IC de 95 %]
Énergie (kcal)	2837	[2744; 2930]	2597	[2380; 2814]	2315	[2216; 2415]	2135	[2092; 2179]
Protéine (g)	108	[105; 112]	107	[96,0; 117]	93,2	[89,4; 96,9]	85,4	[83,4; 87,5]
Glucide (g)	350	[339; 361]	305	[286; 323]	288	[271; 305]	270	[263; 277]
Matières grasses totales (g)	107	[104; 110]	99,5	[90,6; 108,4]	86,5	[82,9; 90,2]	77,2	[72,5; 81,9]
Acides gras saturés (g)	37,3	[36,3; 38,4]	34,6	[30,9; 38,2]	29,1	[28,0; 30,2]	26,8	[24,1; 29,5]
Acides gras polyinsaturés (g)	17,4	[16,9; 17,8]	15,8	[14,2; 17,3]	15,0	[13,1; 16,9]	12,5	[12,0; 13,1]
Acides gras monoinsaturés (g)	42,7	[42,4; 43,0]	40,5	[36,5; 44,5]	34,8	[33,5; 36,2]	30,0	[27,3; 32,6]
Cholestérol (mg)	355	[334; 377]	401	[386; 416]	342	[325; 359]	302	[269; 334]
Fibre alimentaire (g)	16,1	[15,2; 17,0]	16,3	[16,1; 16,6]	17,8	[15,8; 19,9]	16,6	[15,0; 18,2]
Sodium (mg)	3995	[3739; 4250]	3570	[3123; 4018]	3186	[3109; 3263]	2871	[2737; 3006]
Potassium (mg)	3476	[3372; 3580]	3334	[3126; 3543]	3234	[3058; 3411]	3143	[3030; 3255]
Calcium (mg)	943	[897; 989]	868	[781; 954]	739	[737; 741]	725	[676; 773]
Phosphore (mg)	1611	[1588; 1634]	1532	[1408; 1655]	1378	[1303; 1455]	1320	[1251; 1390]
Magnésium (mg)	329	[308; 350]	323	[296; 350]	316	[292; 339]	285	[267; 302]
Fer (mg)	17,0	[16,3; 17,6]	16,7	[15,6; 17,8]	16,4	[14,7; 18,1]	15,7	[14,9; 16,5]
Zinc (mg)	14,2	[12,6; 15,8]	13,8	[12,4; 15,3]	12,9	[10,9; 14,9]	11,2	[11,0; 11,4]
Vitamine A (ER)	1205	[850; 1559]	1191	[955; 1426]	1225	[1110; 1342]	1447	[1338; 1556]
Thiamine (mg)	1,85	[1,77; 1,93]	1,76	[1,62; 1,89]	1,68	[1,53; 1,84]	1,58	[1,52; 1,63]
Riboflavine (mg)	2,17	[2,01; 2,32]	2,11	[1,98; 2,24]	1,97	[1,77; 1,97]	1,77	[1,67; 1,87]
Niacine (eq)	46,3	[44,4; 48,3]	46,5	[41,0; 52,0]	41,0	[39,1; 42,9]	37,3	[35,4; 39,2]
Vitamine B <sub>6</sub> (mg)	2,09	[1,99; 2,19]	2,01	[1,84; 2,19]	1,87	[1,76; 1,97]	1,85	[1,76; 1,94]
Vitamine B <sub>12</sub> (µg)	6,71	[5,49; 7,93]	7,57	[5,97; 9,17]	6,65	[5,47; 7,82]	7,84	[4,23; 11,5]
Acide pantothénique (mg)	5,73	[5,45; 6,01]	5,58	[5,22; 5,94]	5,16	[4,89; 5,43]	5,04	[4,65; 5,44]
Acide folique (µg)	242	[212; 271]	241	[230; 252]	244	[218; 271]	225	[212; 239]
Vitamine C (mg)	112	[102; 122]	102	[91,1; 113]	94,8	[97,9; 102]	87,5	[68,9; 106]
Caféine (mg)	141	[127; 156]	270	[222; 319]	243	[235; 251]	176	[151; 201]
Alcool (g)	7,99	[4,53; 11,5]	9,91	[4,88; 14,9]	4,82	[2,43; 7,22]	5,57	[-0,18; 11,3]

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Chapitre 5

Tableau 5.2 Apports nutritionnels<sup>1</sup> des femmes du N.-B.  
(Apport moyen et intervalle de confiance de 95 % selon l'âge)

	De 18 à 34 ans		De 35 à 49 ans		De 50 à 64 ans		De 65 à 74 ans	
	(n)	(194)	(283)	(297)	(189)			
	Moyenne	[IC de 95 %]	Moyenne	[IC de 95 %]	Moyenne	[IC de 95 %]	Moyenne	[IC de 95 %]
Énergie (kcal)	1903	[1781; 2025]	1662	[1601; 1723]	1609	[1501; 1717]	1605	[1479; 1731]
Protéine (g)	73,0	[67,9; 78,1]	68,9	[64,4; 73,3]	68,0	[63,7; 72,3]	66,7	[57,9; 75,5]
Glucide (g)	241	[227; 256]	208	[206; 211]	211	[198; 225]	218	[199; 238]
Matières grasses totales (g)	71,6	[69,4; 73,8]	61,5	[58,3; 64,8]	55,8	[51,2; 60,3]	53,9	[52,3; 55,5]
Acides gras saturés (g)	25,7	[25,1; 26,4]	21,0	[20,4; 21,7]	19,8	[18,6; 20,9]	18,4	[17,1; 19,7]
Acides gras polyinsaturés (g)	11,6	[9,4; 13,8]	10,5	[9,8; 11,2]	9,2	[8,33; 10,0]	9,5	[8,7; 10,4]
Acides gras monoinsaturés (g)	27,7	[26, 6; 28,9]	24,4	[23,3; 25, 5]	21,5	[19,6; 23,4]	20,6	[19,5; 21,7]
Cholestérol (mg)	246	[179; 313]	220	[188; 249]	223	[210; 237]	208	[183; 233]
Fibre alimentaire (g)	11,7	[10,7; 12,6]	12,5	[11,5; 13,5]	14,0	[13,5; 14,5]	16,4	[15,0; 17,9]
Sodium (mg)	2799	[2698; 2900]	2435	[2234; 2356]	2376	[2248; 2504]	2310	[2188; 1434]
Potassium (mg)	2421	[2341; 2502]	2402	[2241; 2562]	2564	[2435; 2694]	2615	[2416; 2814]
Calcium (mg)	776	[737; 741]	660	[672; 880]	661	[607; 714]	598	[523; 674]
Phosphore (mg)	1157	[1025; 1145]	1020	[968; 1071]	1023	[974; 1073]	952	[897; 1007]
Magnésium (mg)	242	[219; 264]	233	[220; 246]	248	[239; 257]	254	[231; 277]
Fer (mg)	12,1	[10,7; 15,5]	11,5	[10,3; 12,6]	12,0	[11,5; 12,5]	12,2	[10,8; 13;6]
Zinc (mg)	9,15	[7,84; 10,5]	8,70	[7,82; 9,57]	8,50	[7,82; 9,16]	8,39	[7,78; 9,00]
Vitamine A (ER)	1158	[322; 1994]	878	[632; 1123]	1168	[1015; 1321]	1367	[1145; 1589]
Thiamine (mg)	1,24	[1,19; 1,28]	1,21	[1,10; 1,33]	1,27	[1,31; 0,19]	1,39	[1,21; 1,57]
Riboflavine (mg)	1,68	[1,40; 1,96]	1,44	[1,31; 1,57]	1,44	[1,36; 1,52]	1,44	[1,28; 1,60]
Niacine (eq)	31,8	[29,4; 34,2]	20,2	[28,7; 31,6]	29,7	[28,0; 31,3]	30,1	[24,5; 35,7]
Vitamine B <sub>6</sub> (mg)	1,38	[1,28]	1,35	[1,24; 1,45]	1,47	[1,38; 1,57]	1,57	[1,28; 1,86]
Vitamine B <sub>12</sub> (µg)	6,51	[-0,739; 13,8]	3,89	[3,03; 4,75]	3,91	[3,39; 4,43]	3,50	[2,19; 4,80]
Acide pantothénique (mg)	4,14	[3,62; 4,61]	3,70	[3,27; 4,13]	3,97	[3,71; 4,23]	4,13	[3,56; 4,69]
Acide folique (µg)	187	[147; 227]	186	[163; 209]	201	[193; 209]	204	[198; 210]
Vitamine C (mg)	97,4	[94,9; 99,9]	88,3	[56,9; 120]	94,2	[86,0; 102]	97,7	[83,1; 112]
Caféine (mg)	128	[110; 146]	209	[196; 222]	183	[172; 193]	143	[114; 173]
Alcool (g)	3,12	[-1,58; 7,83]	2,38	[1,63; 3,13]	1,80	[1,24; 2,37]	1,19	[0,751; 1,62]

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Tableau 5.3 Percentiles de l'apport nutritionnel<sup>1</sup> des hommes du N.-B. par groupe d'âge

(n)	De 18 à 34 ans (163)			De 35 à 49 ans (247)			De 50 à 64 ans (260)			De 65 à 74 ans (183)		
	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>
Énergie (kcal)	2233	2616	3166	2105	2461	2829	1894	2233	2608	1688	2020	2380
Protéine (g)	87	98	107	87	97	108	77	91	102	70	81	91
Glucide (g)	266	338	404	244	294	339	224	283	335	205	257	316
Matières grasses totales (g)	81	93	117	74	91	109	63	80	100	57	70	89
Acides gras saturés (g)	27	33	40	25	32	37	20	26	35	17	23	30
Acides gras polyinsaturés (g)	12	14	18	11	14	17	10	13	17	9	11	14
Acides gras monoinsaturés (g)	31	37	47	28	36	45	23	31	42	20	27	35
Cholestérol (mg)	223	289	433	247	320	447	214	284	387	190	245	316
Fibre alimentaire (g)	10	14	18	11	14	19	11	16	22	11	14	19
Sodium (mg)	3172	3631	4035	2926	3327	3861	2421	3060	3604	2275	2711	3203
Potassium (mg)	2421	3135	3906	2668	3176	3736	2552	3113	3673	2402	2964	3646
Calcium (mg)	609	826	1047	562	768	1015	481	660	853	520	658	816
Phosphore (mg)	1266	1495	1738	1218	1449	1706	1110	1313	1576	1035	1284	1454
Magnésium (mg)	238	298	378	255	300	361	239	306	360	218	272	334
Fer (mg)	13	15	19	13	15	18	13	15	18	12	14	17
Zinc (mg)	10	12	14	11	12	13	9	11	13	8	10	12
Vitamine A (ER)	525	667	991	608	781	989	608	775	1032	664	916	1330
Thiamine (mg)	1,3	1,7	2	1,3	1,6	2	1,2	1,5	1,9	1,2	1,5	1,9
Riboflavine (mg)	1,5	1,9	2,4	1,6	1,9	2,4	1,5	1,8	2,1	1,4	1,6	1,9
Niacine (mg)	36	42	48	37	41	48	34	39	45	29	35	41
Vitamine B <sub>6</sub> (mg)	1,5	1,9	2,2	1,6	1,8	2,2	1,5	1,8	2,1	1,3	1,8	2,1
Vitamine B <sub>12</sub> (µg)	3,1	3,9	5,3	3,2	4,0	5,0	2,4	3,3	4,4	2,6	3,3	4,5
Acide pantothénique (mg)	4,1	5,0	6,4	4,3	5,1	6,0	4,2	4,8	5,7	3,9	4,8	5,6
Acide folique (µg)	174	217	269	180	219	272	178	227	277	184	210	246
Vitamine C (mg)	42	75	133	52	75	111	50	72	104	39	69	98

<sup>1</sup> Apports provenant de sources de nourriture seulement, rajustés en fonction de la variance intrasujet

Source : BSBAI E451311-009BV2

<sup>2</sup> Intervalles de confiance de 95 % pour les apports médians figurant dans l'annexe G.

Tableau 5.4 Percentiles de l'apport nutritionnel<sup>1</sup> des femmes du N.-B. par groupe d'âge

(n)	De 18 à 34 ans (194)			De 35 à 49 ans (283)			De 50 à 64 ans (297)			De 65 à 74 ans (189)		
	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>	50 <sup>e 2</sup>	75 <sup>e</sup>
Énergie (kcal)	1471	1744	2017	1357	1572	1850	1344	1565	1791	1282	1500	1796
Protéine (g)	54	66	78	54	66	75	55	65	75	52	63	72
Glucide (g)	196	222	255	167	201	240	168	203	238	168	208	245
Matières grasses totales (g)	54	60	67	47	56	66	43	53	62	40	48	57
Acides gras saturés (g)	18	21	25	15	19	23	14	18	23	12	15	21
Acides gras polyinsaturés (g)	7,5	9,2	11,0	7,0	8,8	11,0	6,6	8,3	10,0	6,4	8,1	10,0
Acides gras monoinsaturés (g)	20	23	26	18	21	26	16	20	24	14	17	22
Cholestérol (mg)	145	186	249	152	182	234	148	184	230	133	169	213
Fibre alimentaire (g)	8,7	10,0	12,0	8,4	11,0	14,0	8,9	12,0	17,0	10,0	15,0	21,0
Sodium (mg)	2285	2519	2732	1845	2318	2708	1865	2240	2625	1661	2173	2614
Potassium (mg)	1825	2210	2634	1844	2286	2784	2003	2466	2981	1986	2452	3016
Calcium (mg)	445	648	865	416	568	747	445	578	758	426	528	721
Phosphore (mg)	831	1047	1330	805	991	1195	848	1001	1222	810	994	1204
Magnésium (mg)	181	220	257	180	219	261	193	233	278	185	241	289
Fer (mg140)	9,4	11,0	13,0	9,0	11,0	13,0	9,5	11,0	13,0	9,4	12,0	14,0
Zinc (mg)	6,6	7,7	9,1	6,3	7,8	9,4	6,4	7,7	9,2	6,4	7,4	8,9
Vitamine A (ER)	443	552	698	451	579	829	541	696	1055	575	814	1204
Thiamine (mg)	1,0	1,1	1,3	0,9	1,1	1,4	0,9	1,2	1,4	0,9	1,2	1,6
Riboflavine (mg)	1,1	1,4	1,8	1,1	1,4	1,7	1,1	1,4	1,6	1,1	1,3	1,6
Niacine (eq)	23	29	35	23	28	33	24	28	33	23	28	32
Vitamine B <sub>6</sub> (mg)	1,0	1,3	1,5	1,0	1,3	1,6	1,1	1,4	1,7	1,1	1,5	1,8
Vitamine B <sub>12</sub> (µg)	1,7	2,3	3,5	1,8	2,4	3,1	2,0	2,5	3,0	1,8	2,3	3,0
Acide pantothénique (mg)	2,9	3,6	4,2	2,9	3,5	4,2	3,1	3,8	4,4	3,0	3,8	4,7
Acide folique (µg)	133	157	189	131	170	211	149	184	227	151	190	233
Vitamine C (mg)	40	62	104	33	58	104	40	72	109	47	78	120

<sup>1</sup> Apports provenant de sources de nourriture seulement, rajustés en fonction de la variance intrasujet

Source : BSBAI E451311-009BV2

<sup>2</sup> Intervalles de confiance de 95 % pour les apports médians figurant dans l'annexe G.

Tableau 5.5 Densité nutritionnelle de l'apport des hommes du N.-B.  
(Apport moyen par 1 000 kcal<sup>1,2</sup> selon l'âge)

	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(n)	(163)	(247)	(260)	(183)
Protéine (g/1000 kcal)	38,6	42,4	41,6	41,3
Glucide (g/1000 kcal)	124	119	126	128
Matières grasses totales (g/1000 kcal)	38,7	39,2	36,8	35,7
Acides gras saturés (g/1000 kcal)	13,0	13,1	12,1	12,2
Acides gras polyinsaturés (g/1000 kcal)	6,10	5,90	6,30	5,90
Acides gras monoinsaturés (g/1000 kcal)	14,9	15,2	14,5	13,8
Cholestérol (mg/1000 kcal)	128	156	151	144
Fibre alimentaire (g/1000 kcal)	5,81	6,81	8,00	8,31
Sodium (mg/1000 kcal)	1449	1415	1405	1418
Potassium (mg/1000 kcal)	1234	1357	1450	1552
Calcium (mg/1000 kcal)	333	343	328	351
Phosphore (mg/1000 kcal)	574	610	616	643
Magnésium (mg/1000 kcal)	118	131	140	140
Fer (mg/1000 kcal)	6,09	6,66	7,31	7,81
Zinc (mg/1000 kcal)	5,02	5,54	6,01	5,40
Vitamine A (ER/1000 kcal)	484	486	545	731
Thiamine (mg/1000 kcal)	0,67	0,71	0,76	0,77
Riboflavine (mg/1000 kcal)	0,78	0,83	0,83	0,85
Niacine (eq/1000 kcal)	16,5	18,5	18,3	18,1
Vitamine B <sub>6</sub> (mg/1000 kcal)	0,75	0,81	0,84	0,91
Vitamine B <sub>12</sub> (µg/1000 kcal)	2,52	2,93	2,95	4,33
Acide pantothénique (mg/1000 kcal)	2,05	2,23	2,30	2,47
Acide folique (µg/1000 kcal)	87,6	96,9	109	112
Vitamine C (mg/1000 kcal)	40,5	42,7	43,2	42,0
Caféine (mg/1000 kcal)	53,5	122	113	92,6
Alcool (g/1000 kcal)	2,5	3,1	2,1	1,5

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

<sup>2</sup> Intervalles de confiance de 95 % figurant dans l'annexe G.

Chapitre 5

Tableau 5.6 Densité nutritionnelle de l'apport des femmes du N.-B.  
(Apport moyen par 1 000 kcal<sup>1,2</sup> selon l'âge)

	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(n)	(194)	(283)	(297)	(189)
Protéine (g/1000 kcal)	39,0	42,1	43,2	42,2
Glucide (g/1000 kcal)	131	127	131	137
Matières grasses totales (g/1000 kcal)	35,6	36,0	33,6	31,6
Acides gras saturés (g/1000 kcal)	12,8	12,4	12,1	11,1
Acides gras polyinsaturés (g/1000 kcal)	5,85	6,14	5,67	5,96
Acides gras monoinsaturés (g/1000 kcal)	13,8	14,3	13,2	12,5
Cholestérol (mg/1000 kcal)	129	133	142	131
Fibre alimentaire (g/1000 kcal)	6,49	7,68	8,88	10,20
Sodium (mg/1000 kcal)	1529	1500	1534	1481
Potassium (mg/1000 kcal)	1348	1516	1641	1669
Calcium (mg/1000 kcal)	410	401	416	375
Phosphore (mg/1000 kcal)	619	634	681	668
Magnésium (mg/1000 kcal)	133	148	159	161
Fer (mg/1000 kcal)	6,58	7,08	7,64	7,67
Zinc (mg/1000 kcal)	4,85	5,37	5,42	5,31
Vitamine A (ER/1000 kcal)	619	563	799	881
Thiamine (mg/1000 kcal)	0,68	0,75	0,81	0,87
Riboflavine (mg/1000 kcal)	0,91	0,87	0,92	0,90
Niacine (eq/1000 kcal)	17,2	18,7	19,0	19,0
Vitamine B <sub>6</sub> (mg/1000 kcal)	0,76	0,84	0,95	0,99
Vitamine B <sub>12</sub> (µg/1000 kcal)	3,62	2,43	2,66	2,22
Acide pantothénique (mg/1000 kcal)	2,28	2,28	2,54	2,60
Acide folique (µg/1000 kcal)	106,0	115	131	132
Vitamine C (mg/1000 kcal)	57,2	54,0	59,8	62,2
Caféine (mg/1000 kcal)	78,8	162	124	100,0
Alcool (g/1000 kcal)	1,0	1,4	1,0	0,8

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

<sup>2</sup> Intervalles de confiance de 95 % figurant dans l'annexe G.

## 5.2 SOURCES DE L'APPORT ÉNERGÉTIQUE

Le tableau 5.7 indique les pourcentages médians de l'apport énergétique provenant des protéines, des glucides, des matières grasses et de l'alcool, ainsi que des acides gras saturés, polyinsaturés et monoinsaturés. Les apports de macronutriments, mesurés en gramme/jour, ont été convertis en énergie à l'aide des facteurs Atwater appropriés (4 calories par grammes de glucides, 9 calories par grammes de matières grasses, 4 calories par gramme de protéines et 7 calories par gramme d'alcool), puis divisés par l'apport énergétique total.

La proportion d'énergie issue des protéines était constante parmi tous les groupes d'âge-sexe. La proportion d'énergie provenant des glucides était semblable parmi les hommes de tout âge, mais augmentait avec l'âge chez les femmes. Le pourcentage de matières grasses était semblable pour les hommes de tout âge, mais diminuait légèrement avec l'âge chez les femmes. Le pourcentage d'acides gras polyinsaturés était constant dans l'ensemble des groupes d'âge-sexe, tandis que l'apport en acides gras saturés et monoinsaturés avait tendance à diminuer avec l'âge. Le pourcentage d'énergie consommée sous forme d'alcool était nettement plus faible chez les femmes que chez les hommes et il diminuait généralement avec l'âge dans le cas des deux sexes.

Tableau 5.7 Sources nutritionnelles contribuant à l'apport énergétique<sup>1</sup>  
(Pourcentage moyen de calories selon l'âge et le sexe)

Éléments nutritifs	(n)	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(% de calories)	(n)	(163)	(247)	(260)	(183)	(194)	(283)	(297)	(189)
Protéines		15,2	16,3	15,9	15,9	15,2	16,4	16,7	16,3
Glucide		49,1	46,7	49,3	50,1	50,2	49,6	51,8	53,5
Matières grasses totales		33,8	34,3	33,3	32,2	33,5	33,0	30,8	29,7
Acides gras saturés		11,7	11,7	10,8	10,8	11,4	11,1	10,8	9,8
Acides gras polyinsaturés		5,5	5,3	5,6	5,3	5,2	5,5	5,3	5,3
Acides gras monoinsaturés		13,4	13,6	13,0	12,3	12,3	12,7	11,7	11,1
Alcool		2,0	2,7	1,4	1,8	1,1	1,0	0,8	0,5

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Source : BSBAI E451311-009BV2

## 5.3 COMPARAISON AVEC LES APPORTS NUTRITIONNELS RECOMMANDÉS

### 5.3.1 Recommandations relatives aux macronutriments

Le tableau 5.8 présente une comparaison des apports de macronutriments aux apports nutritionnels de référence (National Academy of Sciences, 2002), qui servent actuellement de lignes directrices au Canada et aux États-Unis. Le tableau 5.9 compare les pourcentages de la population néo-brunswickoise qui sont inférieurs, identiques ou supérieurs à certains taux de nutriment. Bien que les lignes directrices ANREF diffèrent des taux de nutriment recommandés, les mêmes plages que celles utilisées dans les autres enquêtes provinciales sur la nutrition ont été prises en compte. Il a donc été possible de démontrer comment les nouvelles lignes directrices permettaient de déterminer si les besoins alimentaires étaient comblés ou non et de faire des comparaisons avec les résultats d'autres enquêtes provinciales.

Dans tous les groupes d'âge, le pourcentage d'énergie issu de protéines respectait les lignes directrices établies par les Apports nutritionnels de référence (ANREF). Le Besoin moyen estimatif (BME) est la composante ANREF utilisée dans les études de population pour estimer la quantité nécessaire pour répondre aux besoins alimentaires de la moitié des sujets dans un groupe. Dans tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, les apports moyens en protéines étaient nettement supérieurs aux BME. Un examen de la répartition des apports en protéines des Néo-Brunswickois (tableau 5.9) révèle que moins de 1 % de la population avait un apport en protéines qui comptait pour 10 % ou moins de leur énergie. La majorité avait des apports qui fournissaient plus de 15 % de l'énergie sous forme de protéines. Le pourcentage de femmes consommant plus de 15 % de leurs calories sous forme de protéines augmentait avec l'âge, et les femmes âgées de 65 à 74 ans affichaient le plus haut pourcentage de tout groupe d'âge-sexe, leur apport en protéines se chiffrant à 75 %.

Comme l'indique le tableau 5.8, tous les groupes respectent la ligne directrice ANREF adoptée tout récemment, selon laquelle de 45 à 65 % de l'énergie doit provenir des glucides. Si les anciennes recommandations nutritionnelles (Santé et Bien-être social Canada, 1990) avaient été appliquées, selon lesquelles 55 % de l'énergie doit provenir de glucides, les apports moyens de tous les groupes auraient été inférieurs à cette valeur. Les apports moyens en glucides sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 35 à 49 ans. La répartition des apports en glucides est illustrée dans le tableau 5.9. Une plus grande proportion d'hommes que de femmes consommaient moins de 45 % de leurs calories sous forme de glucides, et les femmes âgées de 65 à 74 ans affichaient le plus haut pourcentage des personnes consommant plus de 55 % de leurs calories sous forme de glucides. La plus grande proportion d'hommes consommaient entre 45 et 50 % de leurs calories sous forme de glucides, alors que la plupart des femmes consommaient entre 50 et 55 % de leurs calories sous forme de glucides.

Selon la recommandation ANREF, les matières grasses doivent contribuer entre 20 et 35 % de l'apport énergétique. Par conséquent, tous les groupes respectent les lignes directrices en matière de consommation de gras (tableau 5.8). Les anciennes recommandations nutritionnelles (Santé et Bien-être social du Canada, 1990) fixaient une limite de 30 %. Les apports moyens de tous les groupes d'âge-sexe étaient supérieurs à 30 %, à l'exception des femmes âgées de 65 à 74 ans, dont l'apport en matière grasse était légèrement inférieur à cette limite. La consommation de matière grasse, exprimée en tant que pourcentage des calories, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes et diminuait légèrement entre les groupes les plus jeunes et les plus âgés, tant chez les hommes que chez les femmes. Le tableau 5.9 propose une analyse plus détaillée de la proportion de personnes à divers taux de consommation de gras. Les femmes consommaient plus de 35 % de leur énergie sous forme de matière grasse dans tous les groupes d'âge, sauf pour les femmes âgées de 65 à 74 ans. Dans l'ensemble, la plus grande proportion d'hommes et de femmes ont consommé entre 30 et 35 % de leur énergie sous forme de matière grasse. Un plus grand nombre d'hommes que de femmes consommaient plus de 40 % de leur énergie sous forme de matière grasse. Aucune ligne directrice n'a été établie pour les gras saturés, sauf qu'il faut les minimiser; toutefois, la ligne directrice précédente recommandait de limiter la consommation d'acides gras saturés à 10 % des calories. Exception faite des femmes âgées de 65 à 74 ans, aucun des groupes n'a consommé un apport moyen où moins de 10 % des calories provenait de gras saturés (tableau 5.8). La plus grande proportion d'hommes et de femmes ont consommé entre 10 et 15 % de leur énergie sous forme de gras saturés. Les hommes étaient beaucoup plus nombreux que les femmes à consommer plus de 15 % de leurs calories sous forme de gras saturés.

Tableau 5.8 Comparaison des apports moyens<sup>1</sup> de macronutriments avec les recommandations<sup>2</sup>

	ANREF <sup>2</sup>	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Protéines (g/kg poids corporel)	AME : 14 à 18 ans : Garçons 0,73 Filles 0,71 Adultes 0,66	1,32	1,28	1,09	1,06	1,11	1,01	0,97	1,00
Protéines (% de calories)	10-35%	15,4	16,9	16,5	16,4	15,5	16,7	17,1	16,6
Glucide (% de calories)	45 à 65 %	49,4	47,4	49,6	50,8	51,8	50,1	51,7	53,6
Matière grasse (% de calories)	20 à 35 %	33,5	33,6	32,4	31,8	32,0	32,2	30,5	29,2
Gras saturé (% de calories)	Aucune ligne directrice établie (minimiser)	11,7	11,7	10,8	10,8	11,4	11,1	10,8	9,8

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

<sup>2</sup> Apports nutritionnels de référence, National Academy of Sciences, 2002

Tableau 5.9 Répartition des apports de macronutriments<sup>1</sup>  
(Pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes				
	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (163)	De 50 à 64 ans (247)	De 65 à 74 ans (260)	De 18 à 34 ans (183)	De 35 à 49 ans (194)	De 50 à 64 ans (283)	De 65 à 74 ans (297)	De 65 à 74 ans (189)
<b>Protéines</b>									
≤10 % des calories	0	0	<1	1	0	1	0	0	
>10 à ≤15 % des calories	55	34	32	37	47	34	29	25	
>15 % des calories	45	66	67	62	53	65	71	75	
<b>Glucides</b>									
≤45 % des calories	21	29	24	17	1	13	14	11	
>45 à ≤50 % des calories	29	37	31	31	29	30	28	17	
>50 à ≤55 % des calories	33	25	30	23	56	39	31	27	
>55 % des calories	16	9	15	29	14	17	28	45	
<b>Matières grasses totales</b>									
≤30 % des calories	21	23	34	39	26	33	40	60	
>30 à ≤35 % des calories	45	37	33	32	58	44	41	21	
>35 à ≤40 % des calories	29	34	24	20	16	17	16	13	
>40 % des calories	5	6	10	7	0	6	4	6	
<b>Gras saturé</b>									
≤10 % des calories	27	27	43	48	27	34	41	61	
>10 à ≤15 % des calories	65	66	49	43	73	65	56	34	
>15 % des calories	9	6	8	10	1	1	3	6	

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

Source : BSBAI E451311-009BV2

### 5.3.2 Recommandations relatives aux micronutriments

La composante Besoin moyen estimatif (BME) des Apports nutritionnels de référence (ANREF) a été utilisée pour évaluer l'état des micronutriments. La prévalence estimée de l'insuffisance de certains éléments nutritifs est présentée aux tableaux 5.10 et 5.11. Les intervalles de confiance et la taille de l'échantillon pour chaque catégorie d'âge sont compris dans les tableaux E.6 et E.7 (voir l'annexe E). Les groupes d'âge présentés aux tableaux 5.10 et 5.11 correspondent à ceux utilisés lors des analyses menées par le BSBAI. L'information présentée dans cette section ne représente que les apports nutritionnels provenant des aliments. Même si des données sur l'utilisation de suppléments ont été recueillies lors de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, elles ne font pas partie du présent rapport, mais peuvent faire l'objet d'une étude ultérieure. Les conséquences possibles de carences alimentaires sur la santé et les recommandations nutritionnelles formulées à partir des observations faites dans cette section sont traitées en détail au chapitre 11 et résumées au chapitre 12.

Presque tous les hommes avaient des apports suffisants de niacine, de phosphore, de fer et de zinc. Les principales sources alimentaires de ces nutriments chez les Néo-Brunswickois sont abordées au chapitre 8. Au moins 92 % des hommes âgés de 19 à 34 ans satisfaisaient à leurs BME en riboflavine, en vitamine B<sub>6</sub> et en vitamine B<sub>12</sub>. L'apport insuffisant de plusieurs éléments nutritifs, y compris le magnésium, la thiamine, la vitamine B<sub>6</sub>, la vitamine B<sub>12</sub> et la vitamine C, augmentait avec l'âge chez les hommes. Ces données sont en accord avec l'observation faite dans l'ensemble de ce rapport, selon laquelle les jeunes hommes ont tendance à consommer la plus grande quantité d'aliments parmi tous les autres groupes d'âge-sexe et, par conséquent, ils sont moins susceptibles d'avoir un apport insuffisant d'un plus grand nombre d'éléments nutritifs.

La plupart des femmes consommaient une quantité suffisante de niacine, plus de 90 % d'entre elles répondaient au BME en phosphore, et plus de 85 % répondaient au BME en riboflavine et en fer. Peu de femmes âgées de plus de 50 ans (2 %) ne satisfaisaient pas à leurs BME en fer; cependant, chez les femmes âgées de 50 ans ou moins, ce pourcentage se chiffrait à 13 %. Comme il est illustré au tableau 8.1 du chapitre 8, la principale source de fer pour les adultes du N.-B. était les produits céréaliers enrichis. Pour favoriser l'absorption de cette forme de fer non hémique, il serait bénéfique d'inclure un apport suffisant de vitamine C, lequel constitue une préoccupation, comme nous le verrons plus tard. En général, plus de femmes que d'hommes ne satisfaisaient pas à leurs BME pour un plus grand nombre d'éléments nutritifs. Même si cette carence est en partie attribuable à une consommation d'énergie plus faible, elle renforce également l'idée que la densité nutritionnelle des aliments consommés par les Néo-Brunswickois était inadéquate, surtout dans le cas des femmes.

Le nombre d'adultes dont l'apport en vitamine A était inférieur aux BME semblait diminuer avec l'âge pour les deux sexes. Un peu plus de la moitié des adultes âgés de 18 à 34 ans satisfaisaient à leurs BME en vitamine A. Cette constatation, tout comme l'information sur les apports de groupe alimentaire présentée aux chapitres 7 et 8, renforce l'idée que les adultes du N.-B. ne consomment pas assez de légumes riches en vitamine A. Même si les produits laitiers sont enrichis de vitamine A et constituaient une source importante de cet élément nutritif d'après les résultats du rappel alimentaire de 24 heures (voir le tableau 8.3 au chapitre 8), l'apport était insuffisant pour permettre à tous les groupes de satisfaire à leurs BME. Le tableau 7.3 semble indiquer que les jeunes adultes consomment une quantité de lait supérieure ou semblable à celle consommée par les adultes plus âgés du même sexe, ce qui laisse entendre qu'un plus grand pourcentage de Néo-Brunswickois plus âgés consomment davantage de légumes. La vitamine A joue un rôle important en maintenant en santé le système immunitaire, la vision ainsi que le tube intestinal et urinaire. L'apport en bêta-carotènes, le précurseur antioxydant le plus connu de la vitamine A, n'a pu être évalué en raison du pourcentage élevé de la population n'ayant pas consommé de carotène. Des mégadoses de vitamine A ne sont pas recommandées en raison de leur toxicité possible, et les suppléments de bêta-carotène peuvent être nocifs pour les fumeurs. Par conséquent, en plus des nombreux autres bienfaits qu'on obtient des éléments nutritifs issus de sources alimentaires, il est recommandé d'augmenter les apports en vitamine A et en bêta-carotènes en consommant une plus grande variété de légumes et de fruits, ainsi

qu'un apport suffisant de produits laitiers enrichis en vitamine A. Le légume le plus consommé par la plupart des adultes du N.-B. est la pomme de terre (voir la section 7.2 au chapitre 7), qui ne constitue pas une source de vitamine A ou de caroténoïdes. Il est donc important de souligner que l'apport de légumes doit être augmenté en consommant davantage de légumes et de fruits colorés (rouge, orange, jaune foncé et vert foncé).

Le nombre d'hommes et de femmes ayant un apport insuffisant en vitamine B<sub>6</sub> diminuait avec l'âge, bien que l'évaluation de cet élément nutritif ne portait que sur deux groupes d'âge élargis pour chaque sexe (déterminés en fonction des différents besoins nutritionnels de ces groupes d'âge). Chez les adultes âgés de plus de 50 ans, 22 % des hommes et 42 % des femmes ne satisfaisaient pas au BME en vitamine B<sub>6</sub>. De plus, environ un quart des femmes âgées de moins de 50 ans ne répondaient pas au BME pour cette vitamine.

La consommation inadéquate de vitamine B<sub>12</sub> était plus courante chez les adultes plus âgés : 31 % chez les femmes et 14 % chez les hommes de plus de 50 ans. Ces données appuient les nouvelles recommandations ANREF voulant que les adultes âgés de plus de 50 ans consomment des aliments enrichis en vitamine B<sub>12</sub> cristalline ou qu'ils prennent des suppléments de vitamine B<sub>12</sub> afin d'améliorer leur apport de cet élément nutritif.

Beaucoup plus de femmes que d'hommes ne satisfaisaient pas au BME en thiamine (22 % contre 8 %). Malgré l'enrichissement de la farine avec de la thiamine, l'apport fourni par le pain ne permet pas à certains adultes de satisfaire aux BME, en particulier les femmes du N.-B. Le fait que l'apport moyen d'une partie de la population ne satisfait pas aux BME pour la thiamine appuie la recommandation voulant que les Néo-Brunswickois consomment davantage de glucides de bonne qualité plutôt que des aliments moins nutritifs provenant de la catégorie des « Autres aliments » (voir le chapitre 8 pour plus de détails).

Environ 42 % des femmes et 52 % des hommes avaient des apports insuffisants en vitamine C. Un faible apport en vitamine C est une préoccupation, car certains des bienfaits clés de cet antioxydant consistent à maintenir le système immunitaire en santé et à diminuer le risque de développer certaines maladies chroniques, dont les maladies du cœur. La vitamine C favorise également l'absorption du fer, ce qui est particulièrement bénéfique pour les femmes pour qui l'apport en fer est une préoccupation. Le fait qu'un pourcentage élevé de la population consommait des quantités insuffisantes de vitamine C appuie la recommandation voulant que les Néo-Brunswickois consomment davantage de légumes et de fruits.

Un pourcentage élevé d'adultes ne satisfaisaient pas au BME en magnésium (70 %). Le magnésium contribue à la santé des os et réduit peut-être le risque de développer des maladies du cœur et l'hypertension artérielle. Le magnésium est l'un des nombreux éléments nutritifs que les Néo-Brunswickois pourraient consommer davantage en augmentant leur apport de légumes et de fruits qui est faible dans l'ensemble. Une autre recommandation pour améliorer l'apport en magnésium consiste à manger plus de pain de blé entier et d'autres pains à grains entiers par opposition au pain blanc raffiné, le choix préféré des participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick.

La carence la plus importante chez les adultes du Nouveau-Brunswick se situe au niveau de l'acide folique – 90 % des hommes et 97 % des femmes ne satisfont pas à leurs BME. Il est important de noter que cette enquête a été réalisée avant l'enrichissement obligatoire de la farine avec de l'acide folique en vertu des Règlements sur les aliments et drogues. Avant 1998, l'ajout d'acide folique était facultatif, et les quantités ajoutées variaient de 0,04 à 0,15 mg (Santé Canada, 1997); par conséquent, la version du Fichier canadien sur les éléments nutritifs utilisé lors de cette enquête (version 1991) évaluait les apports en fonction d'un niveau d'enrichissement plus faible. On prévoit que cette quantité supplémentaire fera augmenter l'apport quotidien de la femme moyenne d'environ 100 µg par jour (Santé Canada, 199b); l'apport moyen en acide folique demeurera toutefois inférieur aux besoins estimés. Il est également recommandé que les femmes en âge d'avoir des enfants prennent un supplément quotidien de 400 µg d'acide folique afin d'améliorer leur apport de cet élément nutritif.

Tableau 5.10 Prévalence de l'insuffisance de micronutriments chez les hommes<sup>1</sup>

	<b>BME<sup>2</sup></b>	<b>De 19 à 34 ans</b>	<b>De 35 à 49 ans</b>	<b>De 50 à 64 ans</b>	<b>De 65 à 70 ans</b>
		%	%	%	%
Acide folique	320 µg	88	91	86	96
Niacine	12 eq	0	0	0	0 <sup>4</sup>
Phosphore	580 mg	0	0	0	1
Riboflavine	1,1 mg	8	5	2	5
Thiamine	1,0 mg	6	7	9	11 <sup>4</sup>
Vitamine A	625 µg	45	26	26	20 <sup>4</sup>
Vitamine B <sub>12</sub>	2 µg	3	6	13	14
Vitamine C	75 mg	50	50	52	57
Zinc	9,4 mg	0	0	0	0 <sup>4</sup>
	<b>BME<sup>2</sup></b>	<b>De 19 à 30 ans</b>	<b>De 31 à 50 ans</b>	<b>De 51 à 70 ans</b>	<b>De 71 à 74 ans</b>
		%	%	%	%
Magnésium	330 mg (19 à 30 ans) 350 mg (31 à 70 ans)	62		72	
Vitamine B <sub>6</sub>	1,1 mg (19 à 50 ans) 1,4 mg (50 et plus)		2		22
Fer	6 mg <sup>3</sup>		1		1

<sup>1</sup> Apport inférieur au BME; rajusté en fonction de la variance intrasujet; apport provenant de sources de nourriture seulement.

<sup>2</sup> Besoin moyen estimé, Rapports ANREF 1997 à 2001.

<sup>3</sup> Approche de probabilité utilisée pour évaluer l'insuffisance.

<sup>4</sup> De 65 à 74 ans.

Source : BSBAI E451311-009BV2

Chapitre 5

Tableau 5.11 Prévalence de l'insuffisance de micronutriments chez les femmes<sup>1</sup>

	BME <sup>2</sup>	De 19 à 34 ans %	De 35 à 49 ans %	De 50 à 64 ans %	De 65 à 70 ans %
Acide folique	320 µg	98	98	95	98
Niacine	11 eq	0	1	1	0 <sup>4</sup>
Phosphore	580 mg	7	7	5	10
Riboflavine	0,9 mg	9	11	8	14
Thiamine	0,9 mg	19	26	23	20 <sup>4</sup>
Vitamine A	500 µg	39	35	21	15 <sup>4</sup>
Vitamine B <sub>12</sub>	2 µg	36	33	26	35
Vitamine C	60 mg	47	50	40	31
Zinc	6,8 mg	29	35	34	34 <sup>4</sup>

	BME <sup>2</sup>	De 19 à 30 ans %	De 31 à 50 ans %	De 51 à 70 ans %	De 71 à 74 ans %
Magnésium	255 mg (19 à 30 ans) 265 mg (31 à 70 ans)	73		73	
Vitamine B <sub>6</sub>	1,1 mg (19 à 50 ans) 1,3 mg (50 et plus)		24		42
Fer	8,1 mg (19 à 50 ans) 5 mg (50 et plus)		13		2

<sup>1</sup> Apport inférieur au BME; rajusté en fonction de la variance intrasujet; apport provenant de sources de nourriture seulement.

<sup>2</sup> Besoin moyen estimé, Rapports ANREF 1997 à 2001.

<sup>3</sup> Approche de probabilité utilisée pour évaluer l'insuffisance.

<sup>4</sup> De 65 à 74 ans

Source : BSBAI E451311-009BV2

Puisque les données sont insuffisantes pour déterminer un BME en calcium, le niveau d'Apport suffisant (AS) a été utilisé. L'AS est une valeur moins précise établie en fonction des apports approximatifs de personnes en santé. L'AS peut servir à évaluer les apports alimentaires au sein de groupes. Toutefois, il ne permet pas d'estimer la prévalence d'une insuffisance alimentaire.

L'AS et les apports moyens en calcium sont présentés au tableau 5.12, de même que la répartition des apports en calcium. Seule une proportion faible des adultes âgés de plus de 50 ans satisfaisait à l'AS en calcium – moins de 12 % des hommes et moins de 9 % des femmes parmi ces groupes plus âgés ont atteint cet apport. Même si plus d'hommes âgés de moins de 50 ans ont atteint des niveaux dépassant l'AS, la proportion qui atteint ce niveau était bien en deçà de la moitié de la population (31 à 40 %). Dans tous les groupes d'âge-sexe, aucun apport moyen en calcium n'a atteint l'AS. Les apports moyens en calcium diminuaient avec l'âge pour les deux sexes, malgré le fait que l'AS en calcium était plus élevé pour ceux âgés de 50 ans. Les apports moyens en calcium des femmes étaient davantage inférieurs aux AS que les apports en calcium des hommes. Bien que ces

observations indiquent que ces groupes risquent d'avoir un apport insuffisant, il n'existe aucune façon de confirmer ces données, car il se peut que certains adultes répondent à leurs besoins en calcium, mais que leurs apports soient inférieurs à l'AS.

Tableau 5.12 Répartition des apports en calcium<sup>1</sup>  
(Pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 19 à 30 ans (n)	De 31 à 50 ans (247)	De 51 à 70 ans (260)	De 71 à 74 ans (183)	De 19 à 30 ans (194)	De 31 à 50 ans (283)	De 51 à 70 ans (297)	De 71 à 74 ans (189)
<400 mg	17	14	19	17	28	32	23	25
400 à <600 mg	16	21	24	25	16	22	28	31
600 à <800 mg	14	20	20	24	19	18	21	20
800 à <1000 mg	13	13	16	15	13	10	13	12
1000 à <1200 mg	14	12	10	9	7	6	6	9
≥1200 mg	26	19	12	10	17	11	9	3
AS <sup>2</sup> (mg)	1000	1000	1200	1200	1000	1000	1200	1200
Calcium moyen <sup>3</sup> (mg)	943	868	739	725	776	660	661	599

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

<sup>2</sup> Apport suffisant, Santé et Bien-être social du Canada, 1990

<sup>3</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

### 5.3.3 Fibres

La répartition des apports en fibres alimentaires est illustrée dans les tableaux 5.13 et 5.14. Les apports en fibres alimentaires peuvent être sous-estimés étant donné que le *Fichier canadien sur les éléments nutritifs* paru en 1991 est incomplet par rapport à cette composante alimentaire. Avant l'élaboration des ANREF, il n'existait aucun consensus sur l'apport quotidien recommandé de fibres. Les nouvelles recommandations de l'AS sont fondées sur 14 g de fibres par 1000 calories consommées. Seulement 1 % des hommes et des femmes adultes âgés de moins de 50 ans atteignent l'AS en fibres. Très peu de femmes âgées de 50 ans ou plus ont atteint ou dépassé l'AS en fibres (5 %). Le plus grand segment de la population qui atteint ou dépasse l'AS quotidien en fibres était celui des hommes âgés de 50 ans ou plus, même si ce pourcentage demeurait faible (15 %). Comme le décrit la section précédente portant sur l'AS, même si très peu d'adultes au Nouveau-Brunswick atteignent l'AS en fibres alimentaires, il est possible que certaines personnes combent leurs besoins individuels en fibres sans toutefois atteindre l'AS.

Chapitre 5

Tableau 5.13 Hommes du N.-B. : Répartition des apports en fibres alimentaires<sup>1</sup> (Pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

	<b>Apport en fibres alimentaires</b>	<b>De 18 à 49 ans</b> (410)	<b>De 50 à 74 ans</b> (443)
<b>AS</b>	(n)		
< 50 ans : 38 g/jour	< 30 g/jour	98	85
≥ 50 ans : 30 g/jour	30 à 38 g/jour	1	10
	≥ 38,0 g/jour	1	5

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

Tableau 5.14 Femmes du N.-B. : Répartition des apports en fibres alimentaires<sup>1</sup> (Pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

	<b>Apport en fibres alimentaires</b>	<b>De 18 à 49 ans</b> (477)	<b>De 50 à 74 ans</b> (486)
<b>AS</b>	(n)		
< 50 ans : 25 g/jour	< 21 g/jour	96	94
≥ 50 ans : 21 g/jour	21 à 24 g/jour	3	4
	≥ 25 g/jour	1	1

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

## 5.4 COMPARAISON AVEC D'AUTRES ENQUÊTES PROVINCIALES SUR LA NUTRITION

Toutes les provinces ont réalisé des enquêtes nutritionnelles dans les années 1990 ciblant des populations adultes âgées de 18 à 74 ans, à l'exclusion des personnes vivant dans des établissements. Même s'il faut noter que beaucoup de temps s'est écoulé entre la première et la dernière enquête, les résultats sont semblables dans la plupart des cas. Ce rapport tient compte des résultats provenant de toutes les provinces dont les rapports étaient disponibles au moment de la rédaction du rapport du Nouveau-Brunswick; cependant, pour que seules des comparaisons à l'intérieur d'une période de deux ans soient faites, on pourrait choisir de comparer les résultats de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. uniquement avec ceux de l'Ontario et de l'Î.-P.-É. Toutes les provinces ont utilisé une méthode de rappel alimentaire de 24 heures, y compris des deuxièmes entrevues menées sur un sous-échantillon, afin de fournir des données nutritionnelles. Des moyennes ont été utilisées à titre de comparaison, étant donné que les valeurs médianes n'étaient pas toutes disponibles. Les résultats sont présentés selon les groupes d'âge-sexe et s'appliquent aux provinces suivantes :

- L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, menée en 1996 et 1997 (automne et printemps), portant sur 1 816 adultes et affichant un taux de réponses de 64 % et un taux de deuxièmes entrevues de 30 %;
- L'Enquête sur la nutrition en Ontario, menée en 1997 et 1998 (automne et printemps), portant sur 1 817 adultes et affichant un taux de réponses de 29 % et un taux de deuxièmes entrevues de 36 %;
- L'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard, menée en 1995 (printemps et automne), portant sur 1 995 adultes et affichant un taux de réponses de 71 % et un taux de deuxièmes entrevues de 29 %;
- L'Enquête sur la nutrition en Saskatchewan, menée en 1993 (printemps et hiver), portant sur 1 798 adultes et affichant un taux de réponses de 46 % et un taux de deuxièmes entrevues de 20 % (Stephen et Reeder, 2001) – les résultats ne sont pas considérés comme représentatifs de la population;
- L'Enquête sur la nutrition en Nouvelle-Écosse, menée en 1990 (printemps et automne), portant sur 2 200 adultes et affichant un taux de réponses de 80 % et un taux de deuxièmes entrevues de 38 % (ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1993);
- L'Enquête sur la nutrition au Québec, menée en 1990 (automne), portant sur 2 118 adultes et affichant un taux de réponses de 69 % et un taux de deuxièmes entrevues de 10 % (Santé Québec, 1995).

Les apports moyens en énergie et en éléments nutritifs sélectionnés établis par l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (N.-B.) ainsi que par les cinq autres enquêtes

## Chapitre 5

provinciales sur la nutrition menées en Ontario (ON), à l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), en Saskatchewan (SK), en Nouvelle-Écosse (N.-É.) et au Québec (QC), sont présentés au tableau 5.15. Les apports énergétiques moyens étaient comparables dans les cinq provinces, sauf en Ontario et au N.-B. où l'apport énergétique moyen des femmes âgées de 65 à 74 ans était supérieur à celui des autres provinces. Comme il est expliqué en détail au chapitre 6, le niveau de sous-déclaration des apports énergétiques est plus important à mesure que la masse corporelle excédentaire augmente (Braam, Ocké, Buene-de-Mesquita et Seidell, 1998). Toutefois, parmi les provinces, la tendance de sous-déclaration et les taux d'excédent de poids et d'obésité ne semblent pas prévisibles. Par exemple, les femmes âgées de 65 à 74 ans ont un apport énergétique moyen qui est supérieur de 200 kcal/jour à celui des femmes de la N.-É. du même âge, mais les taux d'excédent de poids et d'obésité ne suivent pas une tendance qui correspond à cette comparaison des apports énergétiques (N.-B. : 44 % d'excédent de poids + 23 % d'obésité = taux global de 67 %; ON : 33 % d'excédent de poids + 26 % d'obésité = taux global de 59 %; N.-É. : 38 % d'excédent de poids + 27 % d'obésité = taux global de 65 %).

Le tableau 5.16 indique le pourcentage d'adultes respectant les apports définis pour les macronutriments et les fibres. Le rapport de l'Enquête sur la nutrition en Ontario a été diffusé pendant que l'Enquête sur la nutrition au N.-B. était en cours. La publication de l'Ontario n'a pas présenté ces résultats d'une manière semblable au tableau 5.16 (à l'exception des matières grasses totales et des gras saturés), et d'autres résultats n'étaient pas disponibles au N.-B. au moment de la diffusion du présent rapport; ainsi, la plupart des observations contenues dans ce rapport sont faites entre toutes les autres provinces. Peu d'hommes dans toutes les provinces avaient un apport énergétique inférieur à 1000 kcal. La répartition des apports énergétiques était assez semblable dans toutes les provinces. L'une des rares différences observées était le pourcentage beaucoup plus élevé, au Nouveau-Brunswick, de femmes âgées de 65 à 74 ans ayant un apport énergétique de 2 000 à 2 500 kcal, comparativement aux autres provinces.

La population de l'Ontario affichait le plus grand pourcentage d'adultes dans tous les groupes d'âge-sexe dont moins de 30 % de l'apport énergétique provenait de matières grasses. À l'exception de l'Ontario, la proportion d'hommes ayant un apport en gras fournissant moins de 30 % de l'énergie, tel que recommandé, était la plus élevée chez le groupe le plus jeune (18 à 34 ans) à la fois au Nouveau-Brunswick (21 %) et en Saskatchewan (22 %), comparativement aux autres provinces (Île-du-Prince-Édouard, 15 %; Québec, 3 %; Nouvelle-Écosse, 7 %). Au Nouveau-Brunswick, la proportion de femmes ayant un apport en gras fournissant moins de 30 % de l'énergie était comparable aux autres provinces. Le tableau 5.15 indique que les femmes âgées de 65 à 74 ans au N.-B. consommaient moins de 30 % de leur apport énergétique moyen sous forme de matières grasses totales. Le tableau 5.15 indique que les adultes de l'Ontario affichaient le plus faible pourcentage moyen d'énergie provenant de gras saturés dans tous les groupes d'âge-sexe, suivis des Néo-Brunswickois (à l'exception des femmes âgées de 18 à 34 ans). L'Ontario affichait les pourcentages les plus élevés d'adultes dont le pourcentage moyen de l'apport en gras saturés était inférieur à 10 % (tableau 5.16). Le N.-B. affichait le pourcentage le plus élevé d'hommes dont moins de 10 % de leur l'énergie provenait de gras saturés, comparativement à toutes les autres provinces, sauf l'Ontario (tableau 5.16).

Dans l'ensemble, les apports en fibres alimentaires étaient semblables à ceux observés dans d'autres provinces, bien que dans l'Enquête sur la nutrition au N.-B., une partie des hommes et des femmes âgés de 18 à 34 ans atteignaient le niveau inférieur de 15 g/jour. Pour ce groupe d'âge, l'apport suffisant est de 25 g/jour pour les femmes et de 38 g/jour pour les hommes.

Les apports moyens en éléments nutritifs sélectionnés étaient semblables entre les provinces, à quelques exceptions près (tableau 5.15). Dans la plupart des cas, les apports en micronutriments des femmes étaient plus faibles dans tous les groupes d'âge comparativement aux hommes. Les tendances relatives aux apports en micronutriments parmi les groupes d'âge étaient semblables entre les provinces. Les apports en calcium au N.-B. étaient faibles ou plus faibles que ceux des autres provinces, tant chez les hommes que chez les femmes, et le Nouveau-Brunswick était la seule province où l'apport moyen en calcium chez les hommes âgés de 18 à 34 ans n'atteignait pas l'AS. Les apports en fer étaient comparables, même si les femmes âgées de 65 à 74 ans au N.-B. avaient un apport en fer beaucoup plus élevé ainsi qu'un apport en acide folique plus élevé que les femmes de la même catégorie d'âge dans les autres provinces, à l'exception de l'Ontario (toutefois, comme l'indique le tableau 5.11, 98 % des Néo-Brunswickois dans ce groupe d'âge-sexe ne satisfaisaient pas aux BME pour l'acide folique).

Chapitre 5

Tableau 5.15 Apports nutritionnels moyens<sup>1</sup> dans les enquêtes provinciales sur la nutrition

	Prov.	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Énergie (kcal)	N.-B.	2837	2597	2316	2136	1903	1662	1609	1605
	ON	2582	2695	2340	2228	1947	1723	1622	1602
	Î.-P.-É.	2859	2522	2311	2175	1789	1639	1609	1479
	SK <sup>2</sup>	3157	2721	2186	2116	1950	1767	1618	1423
	N.-É.	3020	2343	2230	2025	1721	1571	1476	1394
	QC	2895	2632	2252	2143	1867	1727	1602	1512
Protéines (% de calories)	N.-B.	15,5	16,8	16,2	16,1	15,4	16,6	16,8	16,4
	ON	15,4	14,9	16,0	14,9	14,6	15,9	16,3	16,3
	Î.-P.-É.	16,5	15,8	16,7	15,7	15,8	15,7	16,0	15,4
	SK <sup>2</sup>	15,9	16,7	16,4	16,0	14,8	15,9	16,1	16,0
	N.-É.	16,0	16,0	17,0	16,0	16,0	17,0	17,0	17,0
	QC	15,9	15,9	16,5	16,3	16,1	16,6	16,4	16,6
Glucides (% de calories)	N.-B.	49,1	46,7	49,3	50,1	50,2	49,6	51,8	53,5
	ON	51,7	50,9	50,8	48,4	54,7	53,4	52,7	53,5
	Î.-P.-É.	47,2	46,8	47,2	50,0	50,2	49,4	51,6	53,3
	SK <sup>2</sup>	50,1	47,2	48,4	48,2	52,9	48,7	51,1	52,1
	N.-É.	46,9	45,3	47,4	49,7	51,8	48,4	49,3	52,0
	QC	46,0	46,0	46,1	49,3	47,5	47,1	50,3	51,3
Matières grasses totales (% de calories)	N.-B.	33,8	34,3	33,3	32,2	33,5	33,0	30,8	29,7
	ON	30,2	30,7	30,3	33,1	29,2	29,3	28,9	28,5
	Î.-P.-É.	34,1	35,4	34,8	33,4	33,4	34,0	31,6	31,0
	SK <sup>2</sup>	33,5	35,6	34,5	32,8	31,4	34,4	33,7	31,1
	N.-É.	36,0	35,0	35,0	33,0	35,0	35,0	33,0	32,0
	QC	35,4	34,7	33,9	31,6	34,9	33,4	31,6	31,8
Gras saturé (% de calories)	N.-B.	11,7	11,7	10,8	10,8	11,4	11,1	10,8	9,8
	ON	10,1	10,7	10,0	10,9	9,5	10,3	9,5	9,2
	Î.-P.-É.	12,6	12,6	12,3	11,4	11,9	11,7	10,7	10,7
	SK <sup>2</sup>	11,9	12,3	12,5	11,2	11,0	12,0	11,1	10,1
	N.-É.	13,0	13,0	13,0	12,0	13,0	12,0	12,0	12,0
	QC	13,3	12,9	12,7	11,8	13,1	12,2	11,4	11,6
Fibres alimentaires (g)	N.-B.	16,1	16,3	17,8	16,6	11,7	12,5	14,0	16,4
	ON	19,3	20,8	20,9	17,8	14,2	16,8	15,3	17,8
	Î.-P.-É.	16,4	16,1	16,7	18,3	11,5	12,5	13,9	13,9
	SK <sup>2</sup>	17,5	17,4	17,2	18,0	12,6	13,0	14,4	14,7
	N.-É.	16,0	15,2	15,9	17,0	9,6	11,6	12,6	13,3
	QC	16,9	16,2	16,2	18,7	12,6	13,6	16,3	14,4
Calcium	N.-B.	943	868	739	725	776	660	661	599
	ON	1015	990	847	780	795	758	714	645
	Î.-P.-É.	1151	838	791	785	714	637	600	547
	SK <sup>2</sup>	1251	994	793	812	822	761	651	633
	N.-É.	1161	913	822	776	738	624	582	595
	QC	1114	922	736	771	788	658	622	574
Fer (mg)	N.-B.	17,0	16,7	16,4	15,7	12,1	11,5	12,0	12,2
	ON	18,5	19,4	17,2	15,7	14,4	13,4	12,2	13,7
	Î.-P.-É.	17,6	16,3	15,7	15,4	10,6	10,9	11,6	11,4
	SK <sup>2</sup>	18,6	17,4	15,4	15,2	12,1	11,6	11,5	10,4
	N.-É.	17,7	15,0	14,9	15,0	10,7	10,7	10,7	10,2
	QC	18,0	16,9	14,9	15,6	11,9	11,7	11,9	10,4
Acide folique (µg)	N.-B.	242	241	244	226	187	186	201	204
	ON	281	285	266	253	187	213	222	231
	Î.-P.-É.	244	224	231	237	155	176	182	181
	SK <sup>2</sup>	290	260	243	243	200	197	207	188
	N.-É.	263	238	234	243	162	176	189	182
	QC	272	246	235	254	203	189	205	180

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement).

<sup>2</sup> Non représentatifs de la population de la Saskatchewan.

Tableau 5.16 Répartition des apports en fibres et en macronutriments<sup>1</sup>  
dans les enquêtes provinciales sur la nutrition  
(pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

	Prov.	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Énergie <1000 kcal/j	N.-B.	1	1	2	3	11	11	11	11
	ON <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	<1	<1	<1	<1	6	7	8	7
	SK <sup>2</sup>	<1	<1	3	1	2	7	4	9
	N.-É.	<1	1	2	1	7	9	13	19
QC	1	1	2	3	8	10	15	16	
Énergie 1000 à <1500 kcal/j	N.-B.	7	10	12	17	22	35	34	39
	ON <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	3	3	6	10	28	36	41	48
	SK <sup>2</sup>	4	<1	10	14	18	33	42	50
	N.-É.	4	9	7	15	31	41	50	51
QC	5	7	13	14	25	35	32	42	
Énergie 1500 à <2000 kcal/j	N.-B.	15	18	24	30	19	28	34	27
	ON <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	6	18	30	37	38	41	40	39
	SK <sup>2</sup>	10	10	27	33	43	31	41	37
	N.-É.	12	24	32	41	44	40	30	23
QC	13	14	26	34	29	24	33	30	
Énergie 2000 à <2500 kcal/j	N.-B.	20	25	26	27	21	14	16	16
	ON <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	29	39	35	32	20	12	9	5
	SK <sup>2</sup>	19	34	30	35	27	23	11	4
	N.-É.	23	31	34	29	15	9	5	4
QC	19	22	26	24	22	20	14	7	
Énergie ≥2500 kcal/j	N.-B.	57	46	36	23	17	11	6	3
	ON <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	62	40	29	21	8	3	3	1
	SK <sup>2</sup>	67	55	30	17	11	6	3	<1
	N.-É.	61	35	25	14	3	1	2	3
QC	62	55	34	25	16	12	7	5	
Matières grasses totales ≤30 % des calories	N.-B.	21	23	34	39	26	33	40	60
	ON <sup>4</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	15	17	23	36	26	32	38	46
	SK <sup>2</sup>	22	22	27	33	42	25	32	41
	N.-É.	7	15	19	32	18	25	41	51
QC	3	19	19	45	17	25	35	47	
Gras saturé ≤10 % des calories	N.-B.	27	27	43	48	27	34	40	54
	ON <sup>3</sup>	52	49	59	40	61	50	69	55
	Î.-P.-É.	8	13	25	34	23	31	43	51
	SK <sup>2</sup>	22	13	26	41	37	24	40	55
	N.-É.	7	17	20	32	16	22	35	44
QC	8	13	17	39	16	25	32	38	
Fibres alimentaires ≥15 g	N.-B.	41	48	57	46	8	19	36	48
	ON <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Î.-P.-É.	47	46	50	58	12	24	33	35
	SK <sup>2</sup>	50	56	54	32	26	24	37	39
	N.-É.	43	42	44	52	9	15	24	33
QC	56	54	54	60	33	40	57	48	

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

<sup>2</sup> Non représentatifs de la population de la Saskatchewan.

<sup>3</sup> Les données du rapport de l'Enquête sur la nutrition en Ontario n'étaient pas disponibles.

<sup>4</sup> Aucune donnée disponible à titre de comparaison puisque l'Ontario a utilisé de nouveaux ANFEF (< 35 %).

## 5.5 COMPARAISON AVEC L'ENQUÊTE NUTRITION CANADA DE 1972

La première enquête nationale sur les habitudes alimentaires des Canadiens, l'Enquête Nutrition Canada, a été menée entre 1970 et 1972 (Nutrition Canada, 1973). Le tableau 5.17 compare certains apports nutritionnels moyens de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick menée en 1996 et 1997 avec l'échantillon du Canada atlantique prélevé dans l'Enquête Nutrition Canada (Nutrition Canada, 1973). Même si les populations échantillonnées n'étaient pas identiques, une comparaison des données de l'enquête actuelle et des données sur le Canada atlantique est pertinente puisqu'il s'agissait, jusqu'à maintenant, des seules informations détaillées sur l'apport nutritionnel des Néo-Brunswickois pouvant servir de référence. L'exactitude et les types de comparaisons pouvant être faites avec l'Enquête Nutrition Canada sont également limités par des différences méthodologiques. Par conséquent, les variations dans les méthodes et les outils utilisés par les deux enquêtes pour évaluer cet apport sont probablement attribuables en partie aux différences observées. Il faut également mentionner que nous ignorons à quel point la sous-déclaration diffère entre les deux enquêtes. Une étude réalisée par Braam, Ocké, Buene-de-Mesquita et Seidell (1998) a révélé que la sous-déclaration des apports est plus importante à mesure que les gens font plus d'embonpoint ou deviennent plus obèses. Si c'est le cas, compte tenu de l'augmentation des niveaux d'embonpoint et d'obésité qui se serait produite entre 1972 et 1996-1997, il est possible qu'un niveau plus élevé de sous-déclaration explique au moins en partie la diminution des apports observée.

Les apports énergétiques de tous les groupes ont diminué entre l'étude de 1972 et l'enquête de 1996-1997, à l'exception du groupe le plus âgé des hommes et des femmes, dont les apports énergétiques moyens ont légèrement augmenté. L'apport en matière grasse, exprimé sous forme de pourcentage de calories, a diminué parmi tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (une diminution globale de 7,7 %). La quantité moyenne de grammes de protéines consommés a diminué chez les hommes et les femmes âgés de 20 à 39 ans, mais a augmenté chez les deux groupes plus âgés. Exprimée comme pourcentage de l'apport énergétique, la consommation de protéines a augmenté parmi tous les groupes d'âge-sexe, à l'exception des femmes âgées de 20 à 39 ans qui ont consommé un pourcentage plus faible de protéines (ce qui équivaut à une augmentation globale de 1,8 %). La quantité moyenne de grammes de glucides consommés a augmenté en 1996 et 1997 chez les femmes de tous les groupes d'âge et chez les hommes âgés de plus de 65 ans, mais a diminué pour les hommes dans les deux groupes plus jeunes. Le pourcentage d'énergie provenant de glucides a augmenté pour tous les groupes d'âge-sexe (augmentation globale de 4,4 %). L'apport en calcium a diminué, sauf chez les femmes âgées de 20 à 39 ans et de 40 à 64 ans, dont l'apport a légèrement augmenté. L'apport en fer est demeuré assez constant – seul le groupe plus âgé des femmes en a consommé davantage au fil des années. Les hommes âgés de 20 à 64 ans et les femmes âgées de 20 à 39 ans ont consommé moins de vitamine A qu'en 1972, alors que les groupes plus âgés, tant chez les hommes que chez les femmes, ont augmenté leur apport au cours de la même période. L'apport en vitamine C a diminué parmi les groupes d'hommes les plus jeunes et les plus âgés, mais a augmenté chez les hommes

âgés de 40 à 64 ans, ainsi que chez les femmes de tous les groupes d'âge.

L'apport en thiamine a augmenté dans tous les groupes d'âge-sexe. Les mêmes résultats ont été observés lors de l'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard. Les valeurs utilisées pour déterminer la teneur en thiamine de la farine étaient semblables dans les deux études (0,44 mg/100 g dans le USDA Handbook No. 8 de 1963, lequel a été utilisé pour l'enquête de 1972; 0,46 mg/100 g dans le FCÉN, version 1991, utilisé pour l'enquête de 1996-1997). L'apport en glucides a augmenté; toutefois, cela ne permet pas d'expliquer l'augmentation de l'apport en thiamine, étant donné que l'apport des autres nutriments ajoutés à la farine a diminué. Il est possible que d'autres valeurs sur la teneur en thiamine n'aient pas été indiquées pour certains aliments inclus dans les fichiers utilisés pour l'enquête de 1972 – leur teneur en thiamine aurait donc été indiquée comme nulle.

Chapitre 5

Tableau 5.17 Apport nutritionnel au N.-B. en 1996-1997<sup>1</sup> et apport nutritionnel des provinces de l'Atlantique<sup>2</sup> en 1972 (apport moyen<sup>3</sup> selon l'âge et le sexe)

	Année	Hommes			Femmes		
		De 20 à 39 ans	De 40 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 20 à 39 ans	De 40 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Énergie (kcal)	1996-97	2811	2432	2135	1817	1655	1605
	1972	3268	2905	2115	1911	1718	1513
Matières grasses <sup>4</sup> (% de calories)	1996-97	33,4	33,2	31,8	32	31,6	29,2
	1972	40,5	41,5	37,9	40	40,3	36,9
Protéines (g)	1996-97	109,4	100,0	85,4	71,2	69,1	66,7
	1972	115	99,0	73,0	84,0	60,0	49,0
Protéines <sup>5</sup> (% de calories)	1996-97	15,6	16,4	16	15,7	16,7	16,6
	1972	14,1	13,6	13,8	17,6	14	13
Glucides (g)	1996-97	343	291	270	230	211	218
	1972	351	306	257	219	198	194
Glucides <sup>5</sup> (% de calories)	1996-97	48,8	47,9	50,6	50,6	51	54,3
	1972	43	42,1	48,6	45,8	46,1	51,3
Calcium (mg)	1996-97	958	784	725	739	658	598
	1972	1222	919	781	713	584	612
Fer (mg)	1996-97	16,9	16,8	15,7	11,8	11,8	12,2
	1972	16	16	15	12	11	10
Vitamine A (ER)	1996-97	1213	1202	1447	1114	1006	1367
	1972	1656	1314	1096	1535	866	849
Thiamine (mg)	1996-97	1,73	1,63	1,53	1,16	1,19	1,33
	1972	1,48	1,39	1,09	0,96	0,85	0,83
Vitamine C (mg)	1996-97	108,3	99,9	87,5	96,3	90,7	97,7
	1972	112	95	100	79	76	84

<sup>1</sup> Enquête sur la nutrition au N.-B.

<sup>2</sup> Enquête Nutrition Canada, provinces de l'Atlantique.

<sup>3</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement).

<sup>4</sup> Apport moyen en matières grasses; Enquête Nutrition Canada, échantillon de l'Atlantique estimé selon la formule suivante : (grammes moyens de gras x 9) x 100/apport énergétique moyen.

<sup>5</sup> Pourcentages de protéines et de glucides estimés selon la formule suivante : (grammes moyens de protéines x 4) x 100/apport énergétique moyen.

# 6 LE POIDS CORPOREL ET SES FACTEURS DÉTERMINANTS

Comme il a été mentionné dans l'introduction du présent rapport (voir le chapitre 1), l'obésité constitue un problème de santé important au N.-B. En plus de constituer un problème de santé en soi, l'obésité est également un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et certains types de cancer. Le gain de poids se produit lorsque l'apport énergétique est supérieur à la dépense d'énergie. Ainsi, l'obésité se produit lorsqu'une personne consomme une quantité de calories supérieure à la quantité dont elle a besoin pour effectuer des activités physiques et les fonctions métaboliques. L'indice de masse corporelle (IMC) est l'outil le plus souvent utilisé pour indiquer les risques pour la santé associés à l'excédent de poids et à l'obésité (Santé Canada, 2003). L'IMC est une méthode pratique permettant d'estimer le risque pour la santé indépendamment de la taille, pour la plupart des adultes. Toutefois, l'utilisation de l'IMC a certaines limites dans le cas de certains groupes de personnes, par exemple les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes ayant des niveaux élevés de masse musculaire. Il faut donc tenir compte de ces limites au cours de l'interprétation des données. L'excès d'adiposité abdominale est associé aux maladies du cœur, à l'hypertension et au diabète (Santé Canada, 2003). La mesure du tour de taille est une méthode servant à évaluer l'adiposité abdominale qui peut être utilisée seule ou avec l'IMC comme indicateur des risques pour la santé (Santé Canada, 2003).

Le présent chapitre traite du poids corporel et de la répartition de la masse adipeuse chez les adultes du N.-B. ainsi que de la façon dont ces facteurs sont reliés à l'apport énergétique et à l'apport en matières grasses signalés. On y présente également les niveaux d'activité physique selon les données recueillies à l'aide du questionnaire sur la santé, lors de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick.

## 6.1 MÉTHODES

L'apport énergétique a été évalué à l'aide de la méthode décrite du rappel alimentaire de 24 heures (voir le chapitre 2). Le métabolisme de base (MB) de chaque personne a été calculé à l'aide de l'équation de Schofield, qui tient compte de l'âge, de la taille et du poids (Schofield, Schofield et James, 1985).

Le poids a été déterminé (sans vêtements lourds) à l'aide de balances à ressort transportables qui étaient étalonnées une fois par semaine à l'aide d'un poids de 20 kg. Les intervieweurs ont exécuté une méthode précise pour mesurer la taille des participants utilisant un ruban à mesurer doté d'un dispositif de verrouillage et d'une plaque d'appui en acier inoxydable pour les pieds. Dans les cas où il était impossible d'obtenir la taille ou le poids réel d'une personne, la raison était notée sur le formulaire et des mesures fournies par la personne ont été notées si la personne les a fournies. Les mesures de la taille et du poids étaient disponibles pour toutes les 1 816 entrevues admissibles. Un total de 84,5 % représente des mesures réelles et le reste des mesures ont été signalées par les

répondants. Le tour de taille a été mesuré au point où la taille devient plus étroite, ou entre les côtes et la crête iliaque. Le tour de taille a été calculé à l'aide de la moyenne d'au moins deux mesures. Le tour des hanches a également été mesuré au moment de l'exécution de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, et le rapport taille/hanches a servi d'outil de prédiction des risques pour la santé. Les mesures anthropométriques ont été inscrites au questionnaire du profil démographique (annexe A).

## 6.2 INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'indice de masse corporelle (IMC) est l'outil le plus souvent utilisé pour évaluer les risques pour la santé, selon le poids corporel. Le présent rapport utilise les récentes Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes (2003b), qui sont fondées sur le système généralement reconnu élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (2003). La figure 6.1 illustre la classification de l'IMC utilisée pour l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick.

Figure 6.1 Indice de masse corporelle (IMC)

$IMC = \text{poids} / \text{taille}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$

↓

Classification <sup>1</sup>	IMC	Risque de problèmes de santé
Poids insuffisant	<18,50	Risque accru
Poids normal	18,5-24,9	Peu de risque
Excédent de poids	25,0-29,9	Risque accru
Obèse – Classe I	30,0-34,9	Risque élevé
Obèse – Classe II	35,0-39,9	Risque très élevé
Obèse – Classe III	≥ 40,0	Risque extrêmement élevé

<sup>1</sup> Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, 2003 (adapté à partir de : OMS, 2000)

L'indice de masse corporelle (IMC) des participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick est décrit au tableau 6.1, à l'aide des catégories de l'OMS décrites à la figure 6.1, ainsi que les valeurs moyennes de l'IMC selon l'âge et le sexe.

Environ 32 % de la population adulte du N.-B. (26 % des hommes et 38 % des femmes) ont un poids corporel acceptable, selon les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. En général, un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes avaient un excédent de poids ou étaient obèses. La proportion totale de personnes du N.-B. ayant un excédent de poids selon les normes canadiennes et les normes de l'OMS est de

41 %; 45 % des hommes et 36 % des femmes se retrouvent dans cette catégorie. Le taux d'obésité global était de 27 %, et la différence entre les sexes était inférieure dans cette catégorie, c'est-à-dire que 28 % des hommes et 25 % des femmes sont considérés comme obèses. Ainsi, le pourcentage de personnes obèses était semblable au pourcentage de personnes qui ont un poids acceptable, avec une différence de seulement 5 %. Les adultes ayant un IMC inférieur à 18,5 étaient considérés comme ayant un poids insuffisant et sont à niveau de risque plus élevé. Très peu d'adultes au N.-B. ont un poids insuffisant; moins de 1 % des hommes et moins de 2 % des femmes se retrouvaient dans cette catégorie.

Le pourcentage d'adultes ayant un excédent de poids augmentait avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes avaient un excédent de poids dans chaque groupe d'âge, quoique la différence devienne moins importante avec l'âge. Le pourcentage d'hommes ayant un excédent de poids dans le groupe d'âge de 18 à 34 ans était supérieur de 14 % aux femmes du même âge, tandis que la différence entre le pourcentage d'hommes et de femmes ayant un excédent de poids dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans était de 4 % seulement. La tendance du taux d'obésité était différente de celle de l'excédent de poids. Le tableau 6.1 indique que même si un pourcentage légèrement plus élevé d'hommes que de femmes souffrait d'obésité légère (Obèse – Classe I), dans les deux autres catégories d'obésité plus grave (Obèse – Classes II et III), le pourcentage de femmes était légèrement plus élevé. La plus importante différence dans les taux d'obésité entre les sexes était dans le groupe de 18 à 34 ans, où la proportion d'hommes obèses (Classe I) était supérieure de 11 % à celle des femmes, et elle était supérieure de 7 % dans les trois classes d'obésité pour ce groupe d'âge. En général, le pourcentage d'adultes obèses (IMC de  $\geq 30$ ) augmentait avec l'âge pour les deux sexes, mais il était plus élevé pour le groupe de 50 à 64 ans (35 % des hommes et 31 % des femmes), puis il diminuait d'environ 10 % pour les groupes d'hommes et de femmes de 65 à 74 ans. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la diminution des taux d'obésité observés dans le groupe des personnes les plus âgées. Il est possible qu'un plus grand nombre de personnes obèses de ce groupe souffraient de maladies graves (c.-à-d. qu'elles n'étaient pas admissibles à l'enquête), que l'apport et le poids diminuaient avec les revenus plus faibles ou la maladie, ou encore que le taux de mortalité était plus élevé chez les personnes de 65 à 74 ans, pour lesquelles l'âge et l'obésité constituaient des facteurs de risque.

Tableau 6.1 Indice de masse corporelle au N.-B.<sup>1</sup> (1996-1997)  
(pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(n)	(163)	(247)	(260)	(183)	(194)	(283)	(297)	(189)
% Poids insuffisant	1	<1	0	1	2	1	<1	2
% Poids normal	32	26	20	25	52	35	33	30
% Excédent de poids	42	45	46	48	28	36	36	44
% Obèse I	20	21	26	20	9	16	20	18
% Obèse II	4	5	7	3	5	8	7	3
% Obèse III	1	3	2	2	4	4	4	2
IMC moyen	27,2	28,0	28,7	27,8	26,0	27,8	28,2	27,5

<sup>1</sup> Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, 2003.

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 a utilisé les mêmes définitions de la classification de l'IMC (Statistique Canada, 1999a). L'ENSP a permis de conclure que 38 % des Néo-Brunswickois avaient un poids acceptable, ce qui est comparable au résultat global de 32 % obtenu par l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. Selon l'ENSP, 40 % des Néo-Brunswickois avaient un excédent de poids, ce qui correspond au pourcentage général des adultes ayant un excédent de poids déterminé par l'Enquête sur la nutrition au N.-B. (41 %). Le pourcentage des adultes obèses au N.-B. était de 20 % selon l'ENSP, mais ce taux était plus élevé selon l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (27 %). Un des facteurs qui peuvent expliquer la différence dans la prévalence de l'obésité observée entre les deux enquêtes est que les résultats de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. étaient principalement basés sur des mesures anthropométriques effectuées par des professionnels de la santé, tandis que l'ENSP se basait entièrement sur les mesures de taille et de poids fournies par les répondants. Les résultats basés sur des données signalées par les répondants constituent habituellement une sous-estimation d'environ 10 % des taux d'embonpoint et d'obésité (Statistique Canada, 1999a). Bien que l'Enquête sur la nutrition au N.-B. ait été menée en 1996-1997, des statistiques récentes démontrent que les taux d'embonpoint et d'obésité sont toujours aussi élevés. Selon les données signalées par les répondants à Statistique Canada (2000-2001), 34,7 % des adultes néo-brunswickois âgés de 20 à 64 ans ont un excédent de poids et 20,7 % sont obèses. Les résultats de Statistique Canada (2000-2001) indiquent que le pourcentage d'hommes du N.-B. ayant un excédent de poids dépasse toujours le pourcentage de femmes ayant un excédent de poids (41,2 % comparativement à 28,1 %), tandis que les taux d'obésité au N.-B. sont semblables (20,6 % pour les hommes et 20,8 % pour les femmes).

### 6.3 TOUR DE TAILLE

Dans le passé, le rapport taille/hanches était souvent utilisé pour déterminer la répartition de la masse adipeuse. Cependant, des recherches récentes ont démontré que le tour de taille constitue une mesure plus appropriée et plus pratique (Santé Canada, 2003b). Des niveaux élevés d'adiposité abdominale, incluant les tissus adipeux sous-cutanés et viscéraux entourant les organes internes, sont associés à des risques accrus de maladies du cœur et de diabète (Santé Canada, 2003b). Ainsi, le tour de taille, qui tient compte des tissus adipeux sous-cutanés et viscéraux, peut être utilisé comme méthode indépendante d'évaluation des risques de problèmes de santé reliés à l'obésité (Santé Canada, 2003b). Au moment de l'exécution de l'Enquête sur la nutrition au N.-B., la pratique était de mesurer le tour de taille au point où la taille devient plus étroite ou entre les côtes et la crête iliaque (environ deux doigts avant la crête iliaque). Cependant, selon les plus récentes recommandations, la mesure doit être prise à mi-chemin entre la partie inférieure des côtes et la crête iliaque. La figure 6.2 présente la classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille. En plus des seuils d'inclusion du tour de taille des Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, la figure 6.2 et le tableau 6.3 incluent les seuils d'inclusion inférieurs suggérés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de refléter un continuum des risques pour la santé (Santé Canada 2003b).

Comme l'indique le tableau 6.2, 28 % des hommes et 24 % des femmes ont un tour de taille associé à un risque moyen, ce qui augmente leur risque de développer des problèmes de santé selon l'OMS. Environ 28 % des hommes et 34 % des femmes du N.-B. ont un tour de taille supérieur aux seuils d'inclusion supérieurs, ce qui indique qu'ils sont considérablement à risque de développer des maladies chroniques selon le système de classification de l'OMS. Le pourcentage d'adultes qui se retrouvent dans les catégories de risque moyen et élevé augmentait avec l'âge. Si les deux niveaux de risque sont considérés ensemble, un peu moins de 40 % d'hommes et de femmes de 18 à 34 ans avaient un tour de taille qui les plaçait dans une catégorie à risque. Le pourcentage augmentait régulièrement avec l'âge, jusqu'à un pourcentage de 70 % des hommes et des femmes de 65 à 74 ans. En général, plus de la moitié des adultes néo-brunswickois courent un risque moyen ou élevé selon la mesure de leur tour de taille (55 % des hommes et 58 % des femmes).

Tous les groupes d'âge-sexe de Néo-Brunswickois avaient un tour de taille moyen inférieur au seuil d'inclusion supérieur, mais seuls les plus jeunes groupes d'hommes et de femmes (de 18 à 34 ans) avaient un tour de taille moyen inférieur au niveau de risque moyen.

**Figure 6.2 Classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille<sup>1</sup>**

Dans le cas des IMC se trouvant dans la plage de 18,5 à 34,9. En ce qui a trait aux IMC de  $\geq 35$ , la mesure du tour de taille ne fournit pas de renseignements supplémentaires au sujet du niveau de risque.

Seuils du tour de taille	Risque pour la santé
Hommes : 94 cm $\leq$ Tour de taille < 102 cm Femmes : 80 cm $\leq$ Tour de taille < 88 cm	Classification de l'OMS : Risque accru de problèmes de santé*
Hommes : $\geq$ 102 cm Femmes : $\geq$ 88 cm	Classification de l'OMS : Risque considérablement accru de problèmes de santé Classification canadienne <sup>1</sup> : Risque accru de problèmes de santé

\* Risque de diabète de type 2, de maladies coronariennes et d'hypertension

<sup>1</sup> Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, 2003 (adapté à partir de : OMS, 2000)

**Tableau 6.2 Tour de taille au N.-B. (1996-1997)**  
(Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

Tour de taille (n)	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (163)	De 35 à 49 ans (247)	De 50 à 64 ans (260)	De 65 à 74 ans (183)	De 18 à 34 ans (-194)	De 35 à 49 ans (283)	De 50 à 64 ans (297)	De 65 à 74 ans (189)
Hommes : 94 cm $\leq$ Tour de taille < 102 cm Femmes : 80 cm $\leq$ Tour de taille < 88 cm	19	26	31	34	17	22	28	29
Hommes : $\geq$ 102 cm Femmes : $\geq$ 88 cm	20	22	35	34	22	31	40	42
Total	39	48	66	68	39	53	68	71
Tour de taille moyen (cm)	90,9	94,9	98,8	98,5	78,9	83,8	86,6	86,6

La figure 6.3 illustre le niveau de risque pour la santé, en tenant compte à la fois de l'IMC et du tour de taille. Un tour de taille élevé peut indiquer un niveau plus élevé de risque pour la santé, malgré un IMC acceptable. Seule la catégorie Obèse – Classe I n'est pas incluse dans ce tableau puisque dans le cas des personnes ayant un IMC de  $\geq 35$  et plus le tour de taille ne fournit aucun renseignement supplémentaire au sujet du niveau de risque. Les personnes qui se retrouvent dans les catégories d'IMC Obèse – Classe II et III sont à risque très élevé ou extrêmement élevé, selon les mesures du tour de taille. Comme l'illustre le tableau 6.3, environ 26 % des hommes et 38 % des femmes se trouvent au niveau de risque le moins élevé, selon cette méthode d'évaluation (même méthode que l'utilisation de l'IMC seulement). Le plus grand pourcentage d'hommes (40 %) se trouvait à un niveau de risque accru pour la santé. Il s'agit d'un pourcentage inférieur de 5 % à celui qui est obtenu par la méthode de l'IMC seulement, ce qui signifie que la mesure du tour de taille plus élevée chez ce pourcentage d'hommes ayant un excédent de poids entraînait un niveau plus élevé de risque pour la santé. Bien qu'un moins grand nombre de femmes soient classées dans la catégorie de risque accru, le nombre était tout de même élevé car 26 % des femmes se trouvaient à un niveau de risque accru selon la combinaison de leur IMC et de leur tour de taille. Ce pourcentage est inférieur de 10 % au pourcentage calculé à l'aide de l'IMC seulement, ce qui suggère que ce pourcentage de femmes ayant un excédent de poids avait un tour de taille associé à un niveau de risque élevé. Cette tendance semble se poursuivre avec l'augmentation de l'IMC. Ainsi, le pourcentage de personne à risque très élevé calculé en appliquant la combinaison de l'IMC et du tour de taille correspond à trois fois le pourcentage d'hommes et de femmes calculé à l'aide de l'IMC seulement (18 % des hommes par rapport à 5 % lorsque l'IMC seulement est utilisé, et 17 % des femmes par rapport à 6 % lorsque l'IMC seulement est utilisé).

Figure 6.3 Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle et du tour de taille<sup>1</sup>

<b>Indice de masse corporelle (IMC)</b>			
<b>Tour de taille</b>	NORMAL	EXCÉDENT DE POIDS	OBÈSE – CLASSE I <sup>2</sup>
< 102 cm (hommes) < 88 cm (femmes)	Risque le moins élevé	Risque accru	Risque élevé
≥ 102 cm (hommes) ≥ 88 cm (femmes)	Risque accru	Risque élevé	Risque très élevé

<sup>1</sup> Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, 2003 (adapté à partir de : National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, 1998).

<sup>2</sup> Seule la catégorie Obèse – Classe I est incluse puisque pour la plupart des personnes ayant un IMC de  $\geq 35$ , la mesure du tour de taille ne fournit pas de renseignements supplémentaires au sujet du niveau de risque (les catégories Obèse – Classe II et Obèse – Classe III correspondent à un risque très élevé ou extrêmement élevé, peu importe le tour de taille).

Tableau 6.3 Risque pour la santé des Néo-Brunswickois en fonction de l'IMC et du tour de taille (pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

Niveau de risque pour la santé (n)	Hommes (783)	Femmes (834)
Risque accru (poids insuffisant)	<1	2
Risque le moins élevé	26	38
Risque accru	40	26
Risque élevé	14	13
Risque très élevé	18	17
Risque extrêmement élevé	2	4

#### 6.4 ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick et le questionnaire sur la santé (voir l'annexe A) incluaient des questions relatives à l'activité physique. Les figures 6.4 et 6.5 illustrent les résultats de deux de ces questions pour les hommes et les femmes de chaque groupe d'âge. La première barre du diagramme indique le pourcentage des personnes qui participent à une activité physique de faible intensité pendant au moins 15 minutes, au moins 3 fois par semaine (y compris la marche, le golf, le jardinage, les quilles, etc.). La deuxième barre du diagramme indique le pourcentage des personnes qui participent à une activité physique intense pendant au moins 15 minutes, au moins 3 fois par semaine (y compris la marche rapide, le tennis, le jogging, la natation, la bicyclette, le basket-ball, les exercices aérobiques, etc.). Cette fréquence et cette durée d'activités ont été utilisées pour faire des observations dans ce rapport puisqu'elles sont semblables à celles qui ont été utilisées dans d'autres enquêtes auparavant. Toutefois, il est important de noter que ces chiffres sont inférieurs à la recommandation de Santé Canada. Il est recommandé d'accumuler au moins 60 minutes d'activité physique chaque jour pour en tirer des avantages pour la santé (Santé Canada, 1998). Dans le cas des adultes plus âgés, Santé Canada conseille d'accumuler un total de 30 à 60 minutes d'activité physique la plupart des jours (Santé Canada, 1999). En raison de l'information restreinte fournie par les questions de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. au sujet de l'activité physique, il a été impossible d'évaluer les niveaux d'activité des Néo-Brunswickois selon la recommandation de 60 minutes par jour. Il n'a pas été possible de déterminer le pourcentage des personnes ayant indiqué qu'elles étaient actives pour une période de 15 minutes ou plus qui atteignaient réellement l'objectif total de 60 minutes par jour. Pour les études futures, il serait utile de formuler des questions plus précises au sujet de la fréquence et de l'intensité de l'activité physique, afin d'effectuer des observations sur le pourcentage d'adultes du N.-B. qui respectent la recommandation de Santé Canada.

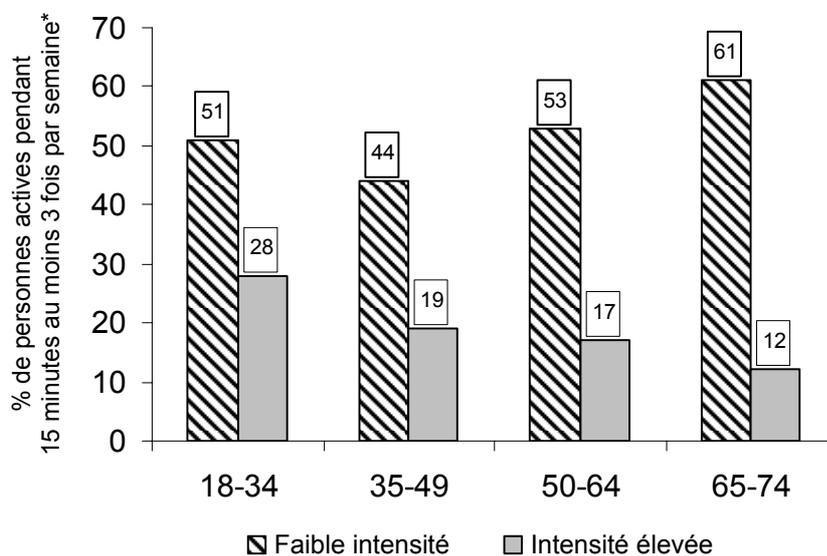
Selon les données recueillies dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, un peu plus de la moitié des Néo-Brunswickois participaient à une activité de faible intensité trois fois par semaine ou plus (52 % des hommes et un pourcentage un peu plus élevé de femmes, c'est-à-dire 56 %). Les pourcentages sont uniformes dans tous les groupes d'âge, mais le pourcentage d'hommes qui participaient à une activité de faible intensité est plus élevé dans le groupe le plus âgé. Un pourcentage beaucoup moins élevé de la population participait régulièrement à des activités physiques intenses (19 % des hommes et 22 % des femmes). Le nombre de personnes participant à une activité physique intense avait tendance à diminuer avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Il n'est pas approprié de déterminer les pourcentages d'activité globale à l'aide de ces résultats puisqu'il y a probablement un chevauchement; certaines personnes ont indiqué participer à la fois à des activités de faible et de moyenne intensité. Tout comme dans le cas des apports signalés par les répondants, il est important de considérer le risque d'erreur associé à l'utilisation des niveaux d'activité déclarés par les répondants. Des études ont prouvé que l'âge et le poids peuvent avoir une incidence sur la capacité d'une personne à évaluer précisément leurs niveaux d'activité physique. Les surestimations des niveaux d'activité ont tendance à augmenter avec l'âge et lorsque les niveaux de tissus adipeux sont plus élevés (Irwin, Ainsworth et Conway, 2001). Si l'autoévaluation de l'activité physique par les participants à l'Enquête sur la nutrition au N.-B. était influencée par de tels facteurs, les niveaux réels d'activité de cette population peuvent être encore plus bas que les estimations obtenues.

Les résultats de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. suggèrent qu'un plus grand pourcentage de femmes que d'hommes pratiquait des activités physiques d'intensité faible et élevée. Ces données ne correspondent pas aux conclusions habituelles indiquant que les hommes sont plus actifs que les femmes. Par exemple, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, 22,7 % des hommes du N.-B. étaient actifs comparativement à seulement 14,4 % des femmes, et 19,6 % des hommes participaient à des activités modérées comparativement à 18,9 % des femmes (Statistique Canada, 1999b). Bien que les données de la récente Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) indiquent que les femmes rattrapent les hommes en termes de niveaux d'activité physique (Statistique Canada, 2002), au N.-B., le pourcentage d'hommes actifs (17,8 %) continue d'être plus élevé que le pourcentage de femmes (13,4 %) actives (Statistique Canada, 2002). Toutefois, les données récentes de Statistique Canada (2002) démontrent que lorsqu'un niveau d'activité modéré est considéré, le pourcentage de femmes est plus élevé que le pourcentage d'hommes au N.-B. (20,1 % par rapport à 17,7 %). Cette information est présentée afin d'effectuer des observations sur les tendances seulement; il est impossible de faire des comparaisons directes entre l'Enquête sur la nutrition au N.-B. et l'ENSP et l'ESCC puisque les groupes d'âge utilisés pour définir la population adulte et les définitions des niveaux d'activité physique sont différents.

D'autres enquêtes nationales ont utilisé des critères différents pour évaluer les niveaux d'activités des adultes canadiens. Si les critères minimaux utilisés pour définir l'activité régulière conformément à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick sont pris en considération (faible intensité pendant au moins 15 minutes, trois fois par semaine) et s'il est reconnu que certains des répondants peuvent avoir indiqué qu'ils ne participaient qu'à des activités physiques intenses, il est possible de conclure qu'un maximum de 46 % de la

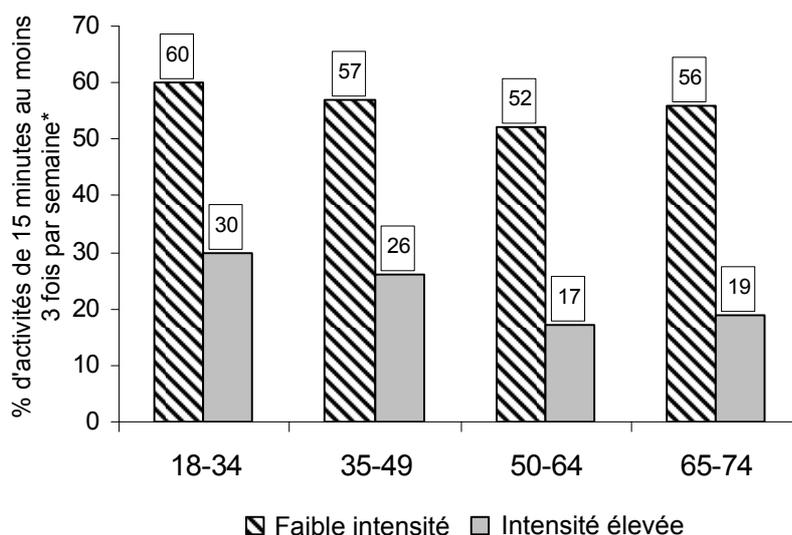
population peut être considérée comme inactive. Les résultats d'autres enquêtes suggèrent qu'il s'agit d'une sous-estimation. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) définissait l'activité physique régulière comme une activité de faible intensité pendant au moins 60 minutes par jour ou une activité d'intensité moyenne pendant 30 minutes par jour. Cette enquête a permis de conclure que jusqu'à 61 % des Néo-Brunswickois âgés de 12 ans et plus étaient inactifs en 2000 (Santé Canada, 2003). L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) définissait l'activité physique régulière comme une activité physique de plus de 15 minutes au moins 12 fois par mois, et ne tenait compte que des personnes âgées de 12 ans et plus (Statistique Canada, 1998). Tout comme les résultats de l'ESCC, les résultats de l'ENSP ont démontré que 62,5 % des Néo-Brunswickois sont inactifs. L'ENSP catégorisait également les niveaux d'activité selon la dépense d'énergie (Statistique Canada, 1998). Les pourcentages d'hommes et de femmes qui étaient modérément actifs selon l'ENSP, c'est-à-dire 17 % des hommes et 18 % des femmes, étaient semblables aux résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick relativement aux activités intenses (Statistique Canada, 2001b). Même en utilisant les normes les moins rigoureuses pour observer l'activité physique, seule une faible partie de la population du N.-B. peut être considérée comme participant à une activité physique régulière. Il est probable que certaines personnes qui ont déclaré effectuer au moins 15 minutes d'activité physique n'ont pas accumulé une heure au complet. Il est donc évident qu'un important pourcentage de Néo-Brunswickois n'ont pas accumulé 60 minutes d'activités physiques chaque jour comme le recommande Santé Canada. Bien que l'Enquête sur la nutrition au N.-B. ait été menée en 1996-1997, des enquêtes plus récentes démontrent que l'inactivité est une préoccupation importante pour cette population. Selon Statistique Canada (2002), seulement 39 % des adultes du N.-B. peuvent être considérés comme actifs comparativement à la moyenne nationale de 43 %. Le pourcentage de Néo-Brunswickois qui sont actifs est le plus faible au pays (Statistique Canada, 2002).

Figure 6.4 Activité physique signalée des hommes du N.-B. (Pourcentage de la population selon l'âge)



\* Ne reflète pas la recommandation de Santé Canada visant à accumuler 60 minutes d'activité physique quotidiennement (de 30 à 60 minutes par jour pour les adultes plus âgés).

Figure 6.5 Activité physique signalée des femmes du N.-B. (pourcentage de la population selon l'âge)



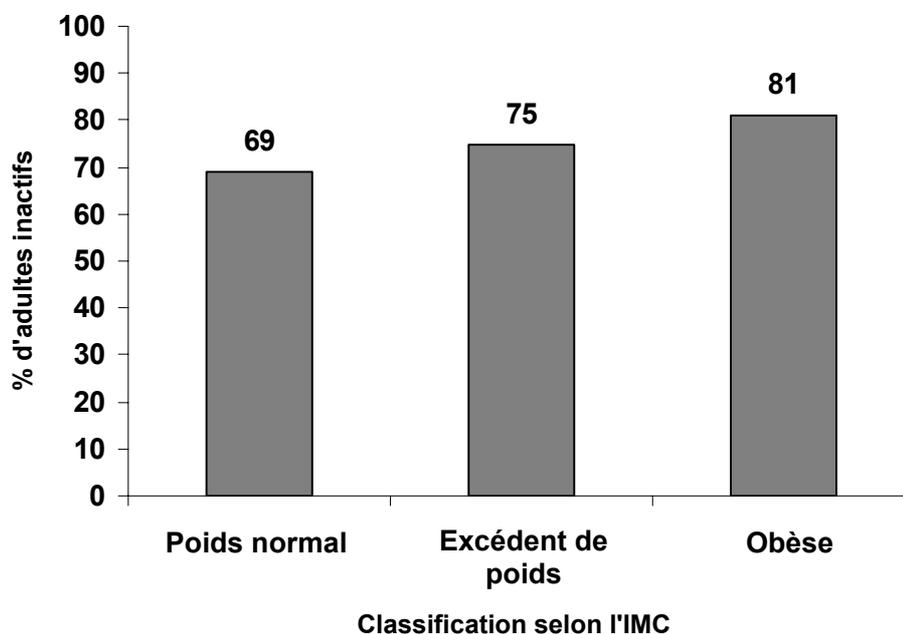
\* Ne reflète pas la recommandation de Santé Canada visant à accumuler 60 minutes d'activité physique quotidiennement (de 30 à 60 minutes par jour pour les adultes plus âgés).

#### 6.4.1 Relation entre l'activité physique et l'indice de masse corporelle (BMI)

Comme il a été présenté au chapitre 5, les apports énergétiques globaux et les pourcentages d'énergie provenant de chacun des macronutriments étaient semblables chez les adultes du N.-B. et ceux d'autres provinces où des enquêtes ont été menées. Malgré ce fait, le Nouveau-Brunswick est reconnu pour avoir des taux d'embonpoint et d'obésité parmi les plus élevés au Canada (GPI Atlantic, 2002; Statistique Canada, 2000-2001). Bien que cette différence puisse être attribuable aux gènes, il est plus probable que le déséquilibre d'énergie soit la cause de l'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité au N.-B. Puisque l'apport énergétique semble être similaire selon les enquêtes provinciales, une explication probable est que les adultes du N.-B. ne dépensent pas suffisamment d'énergie en raison du manque d'activité. Comme il a été expliqué précédemment, les données récentes de Statistique Canada (2002) confirment que les adultes néo-brunswickois sont les moins actifs au pays.

En raison des données restreintes recueillies au sujet de l'activité physique et de l'estimation très approximative de la dépense énergétique utilisée dans cette enquête, il est impossible d'étudier la mesure dans laquelle l'inactivité contribue à l'augmentation de l'embonpoint et de l'obésité au N.-B. La section 6.5 offre seulement une estimation générale des apports énergétiques en supposant que tous les adultes du N.-B. sont sédentaires. Des études supplémentaires doivent être effectuées afin de déterminer si la différence entre les IMC peut être expliquée par le niveau d'activité si les apports de tous les adultes de la province sont semblables. La figure 6.6 compare le pourcentage d'adultes actifs au N.-B. selon les catégories d'IMC. Comme prévu, les personnes ayant un IMC normal avaient le plus faible pourcentage de personnes inactives (moins de 70 %), un plus grand nombre de personnes ayant un excédent de poids étaient inactives (75 %) et plus de 80 % des personnes obèses étaient inactives.

Figure 6.6 Pourcentage d'adultes inactifs selon l'IMC



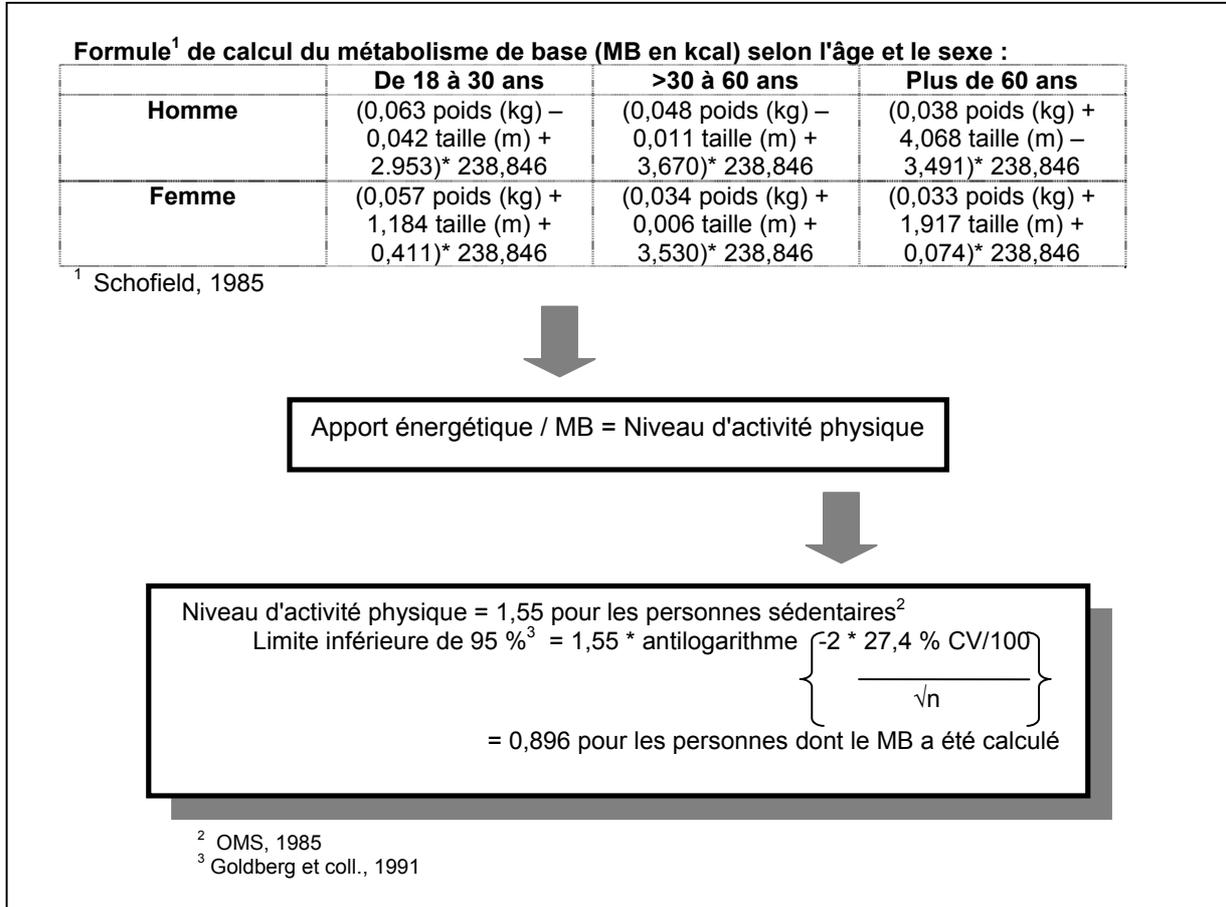
## 6.5 APPORT ÉNERGÉTIQUE

### 6.5.1 Comparaison de l'apport énergétique déclaré et de la dépense énergétique

Pour évaluer le niveau potentiel de sous-déclaration des apports énergétiques, le rapport entre l'apport énergétique et le métabolisme de base (MB) a été déterminé à l'aide de la méthode utilisée dans l'Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard (2002). La formule utilisée pour calculer ce rapport est décrite à la figure 6.7.

Les nouveaux Apports nutritionnels de référence (ANREF) fournissent une formule qui permet de déterminer la dépense énergétique totale, qui est égale au MB et au niveau d'activité. La formule ANREF permettant de déterminer le besoin énergétique estimatif utilise des facteurs de niveau d'activité physique différents, qui commencent à un intervalle de 1,0 à 1,39 pour les personnes sédentaires. Cette méthode de calcul du MB n'a toutefois pas été utilisée dans le présent rapport, puisque la formule tient compte de l'âge et du poids des personnes individuelles au lieu des groupes d'adultes.

Figure 6.7 Calcul du métabolisme



Source : Enquête sur la nutrition à l'Île-du-Prince-Édouard, 2002

Le tableau 6.4 indique les résultats de la comparaison entre l'apport énergétique moyen et le MB. Le rapport entre l'apport énergétique et le MB n'était pas uniforme dans tous les groupes d'âge chez les hommes et chez les femmes. Le rapport était plus élevé dans le groupe le plus jeune (de 18 à 34 ans) et le plus âgé (de 65 à 74 ans), tant chez les hommes que chez les femmes. Le rapport entre l'apport énergétique et le MB était plus faible chez les femmes de tout âge que chez les hommes. Les rapports très faibles observés entre l'apport énergétique et le MB soulèvent des préoccupations au sujet du niveau de sous-déclaration dans l'Enquête sur la nutrition au N.-B., particulièrement chez les jeunes femmes.

L'Enquête sur la nutrition au N.-B. n'a pas recueilli de renseignements détaillés sur la fréquence ou la durée de l'activité physique des répondants; les observations effectuées sont donc basées sur une estimation générale et restreinte de la dépense énergétique. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Université des Nations Unies (UNU) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommandent

l'utilisation du niveau d'activité physique pour déterminer la dépense énergétique totale de la population adulte. Cependant, cette méthode permet d'obtenir une estimation imprécise seulement, basée sur d'autres facteurs dont la mesure comprend des erreurs inhérentes (Scrimshaw, Waterlow et Schurch, 1996). L'utilisation du niveau d'activité physique exige davantage de recherches, et il est recommandé qu'une estimation plus précise de la dépense énergétique totale soit obtenue à l'aide de l'eau doublement marquée et de la surveillance de la fréquence cardiaque (Scrimshaw, Waterlow et Schurch, 1996). Ainsi, le niveau d'activité physique utilisé dans ce rapport ne fournit qu'une estimation approximative de la dépense énergétique totale. Selon la définition de la FAO, de l'OMS et de l'ONU (1985), le niveau d'activité physique des hommes sédentaires est de 1,55 et celui des femmes sédentaires est de 1,56. Puisque le rapport entre l'apport énergétique et le MB était inférieur à 1,55 pour tous les groupes de l'Enquête sur la nutrition au N.-B., il est possible que leurs apports énergétiques aient été sous-estimés. Seul le groupe d'hommes le plus jeune présentait un rapport entre l'apport énergétique et le MB près de ce niveau d'activité physique, c'est-à-dire un rapport de 1,49. Le facteur de niveau d'activité physique considéré par la FAO, l'OMS et l'ONU (1985) comme nécessaire à la survie est de 1,27. À l'exception du groupe d'âge de 18 à 34 ans, toutes les femmes présentaient un rapport entre l'apport énergétique et le MB inférieur, ce qui suggère une sous-estimation de l'apport énergétique. Le groupe de femmes de 50 à 64 ans présentait le plus grand écart, avec un niveau d'activité physique de 1,15. La sous-estimation de l'apport énergétique peut être reliée à plusieurs facteurs, notamment la sous-déclaration consciente ou subconsciente de l'apport énergétique ou l'apport énergétique plus faible que normal, la journée de l'évaluation.

Tableau 6.4 Apport énergétique déclaré et besoins énergétiques estimatifs selon l'âge et le sexe

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(n)	(163)	(247)	(260)	(183)	(194)	(283)	(297)	(189)
Apport énergétique <sup>1</sup> (kcal/jour)	2836	2597	2316	2135	1903	1662	1609	1605
Métabolisme de base (MB) <sup>2</sup> (kcal/jour)	1929	1857	1829	1598	1462	1432	1413	1298
Apport énergétique/MB (rapport)	1,49	1,41	1,28	1,35	1,33	1,19	1,15	1,26

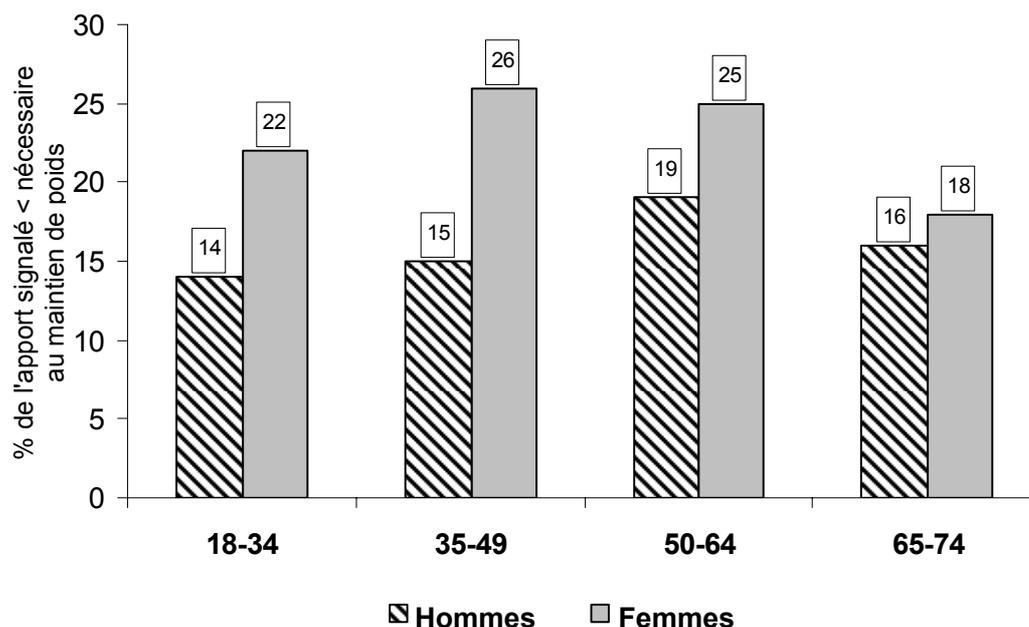
<sup>1</sup> Apport moyen basé sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

<sup>2</sup> Schofield, 1985

La figure 6.8 compare le pourcentage des apports énergétiques signalés des groupes d'âge-sexe à l'apport nécessaire pour le maintien du poids. En admettant que l'adulte néo-brunswickois à une vie sédentaire, la différence globale entre les apports énergétiques signalés et la quantité d'énergie requise pour le maintien du poids était d'environ 19 %. Dans tous les groupes d'âge, la différence entre ces deux valeurs était plus importante pour les femmes (23 % des femmes par rapport à 16 % des hommes). Le taux de sous-déclaration du groupe de femmes de 65 à 74 ans était semblable à celui des hommes, mais les groupes de femmes plus jeunes présentaient des différences beaucoup plus importantes entre les apports énergétiques signalés et les besoins énergétiques

estimés. Aucune tendance n'a été relevée dans les groupes d'âges relativement aux différences entre les apports signalés et les besoins énergétiques estimés.

Figure 6.8 Apport énergétique signalé<sup>1</sup> inférieur à l'apport nécessaire pour le maintien du poids (pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)



<sup>1</sup> Apport énergétique d'une seule journée utilisé pour calculer la limite inférieure de 95 % pour les personnes individuelles (Goldberg et coll., 1991).

### 6.5.2 Relation entre l'apport énergétique et l'indice de masse corporelle (IMC)

L'apport énergétique moyen selon les catégories d'IMC est illustré au tableau 6.5. Chez les hommes, l'apport énergétique semble être similaire dans les catégories d'IMC (poids normal, excédent de poids et obèse) pour chaque groupe d'âge. Les apports énergétiques des hommes ayant un poids insuffisant incluent les apports les plus faibles et les plus élevés. Toutefois, les chiffres de cette catégorie sont tellement faibles qu'il est impossible de généraliser. L'apport énergétique des femmes est semblable dans tous les groupes d'âges des catégories de poids normal, d'excédent de poids et d'obésité, à l'exception des femmes obèses de 35 à 49 ans, qui ont déclarée l'apport énergétique le plus faible de tous les groupes. L'apport énergétique des femmes ayant un poids insuffisant variait, tout comme dans le cas des hommes, mais encore une fois, en raison de la faible taille d'échantillon, il est impossible de généraliser en ce qui a trait aux apports énergétiques déclarés des femmes de cette catégorie. Sans inclure le groupe de personnes ayant un poids insuffisant, l'apport global diminuait avec l'âge dans chaque catégorie d'IMC selon l'âge et le sexe, à l'exception des femmes obèses, qui ne présentaient pas cette même

tendance. Il est important de tenir compte du fait que les observations effectuées sont basées sur des apports signalés par les répondants. Il a été conclu que les femmes et les hommes, dans une plus grande mesure, sont plus susceptibles de sous-déclarer leur apport lorsque les niveaux d'embonpoint et d'obésité sont plus élevés (Braam, Ocké, Buene-de-Mesquita et Seidell, 1998). Le tableau 6.5 n'est pas ajusté en fonction de la sous-déclaration, et il est évident que de nombreuses valeurs ne seraient pas appuyées par des preuves métaboliques (par exemple, les femmes obèses ont signalé des apports énergétiques quotidiens de 1 500 à 1 600 kcal seulement).

Le tableau 6.5 illustre également les apports moyens en matières grasses comme un pourcentage de calories selon l'âge, le sexe et l'IMC. Les apports en matières grasses comme pourcentage de calories étaient semblables dans tous les groupes, (à l'exception du groupe représentant la plus petite taille d'échantillon, c'est-à-dire les hommes ayant un poids insuffisant). Pour la plupart des groupes d'âge-sexe, le pourcentage d'apports en matières grasses le plus élevé a été déclaré dans les catégories de personnes ayant un poids insuffisant. Il faut toutefois faire preuve de prudence en interprétant ces données en raison des petites tailles d'échantillon. Si les petites tailles d'échantillon des personnes ayant un poids insuffisant ne sont pas prises en considération, le pourcentage d'énergie provenant des matières grasses est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes. Le pourcentage de matières grasses diminue légèrement avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes. Le seul groupe dont les apports en matières grasses sont inférieurs à 30 % des apports énergétiques était le groupe d'hommes de 65 à 74 ans ayant un poids insuffisant, ainsi que presque toutes les femmes du groupe d'âge de 65 à 74 ans (à l'exception des femmes considérées comme ayant un poids insuffisant).

Tableau 6.5 Moyenne de l'apport énergétique\* et de l'apport en matières grasses<sup>1</sup> selon l'IMC<sup>2</sup>

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
(n)	(163)	(247)	(260)	(183)	(194)	(283)	(297)	(189)
<b>Apport énergétique (kcal)</b>								
Poids insuffisant	1782	3442	-	1677	2755	1667	1984	1641
Poids normal	2824	2626	2372	2280	1993	1777	1619	1783
Excédent de poids	2924	2622	2312	2113	1864	1734	1644	1524
Obèse	2736	2536	2328	2071	1601	1499	1565	1607
<b>Apport en matières grasses (% de calories)</b>								
Poids insuffisant	38,4	43,9	-	29,5	34,1	31,1	32,5	31,1
Poids normal	33,6	33,4	32,4	30,5	31,3	31,7	30,9	28,3
Excédent de poids	32,9	33,4	32,3	31,8	32,1	31,7	30,1	29,2
Obèse	33,7	33,6	33,2	32,8	31,9	32,8	30,9	29,9

\* L'apport énergétique moyen n'a pas été ajusté en fonction de la sous-déclaration.

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

<sup>2</sup> Indice de masse corporelle, Organisation mondiale de la santé, 1998

En général, l'apport énergétique et les pourcentages d'énergie provenant de chacun des macronutriments étaient semblables chez les adultes du N.-B. et ceux d'autres provinces où des enquêtes ont été menées. Malgré ce fait, le Nouveau-Brunswick présente des taux d'embonpoint et d'obésité parmi les plus élevés au Canada (GPI Atlantic, 2002; Statistique Canada 2000-2001). Bien que cette différence puisse être attribuable aux gènes, il est plus probable que le déséquilibre d'énergie soit en grande partie la cause de l'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité au N.-B. Le tableau 6.6 compare l'apport énergétique global et l'apport en macronutriments selon la catégorie d'IMC. Comme prévu, ce tableau indique que les apports énergétiques et les apports individuels en macronutriments signalés étaient les plus faibles chez les adultes ayant un IMC normal et les plus élevés chez les adultes ayant un excédent de poids. L'apport énergétique plus faible signalé par le groupe de personnes obèses comparativement au groupe de personnes ayant un excédent de poids peut être lié à la probabilité accrue de sous-déclaration des apports à mesure que l'excédent de poids augmente. Si les résultats sont observés dans ajustement en fonction de la sous-déclaration, il semble que les apports dans les différentes catégories d'IMC étaient généralement semblables. Ainsi, puisque les apports entre les provinces et entre les catégories d'IMC étaient comparables, le facteur qui contribuait probablement le plus au déséquilibre énergétique chez les Néo-Brunswickois était les taux plus élevés d'inactivité. À l'avenir, il serait utile de mener des études détaillées sur les niveaux d'activité physique des Néo-Brunswickois afin de mieux comprendre l'étendue du problème.

Tableau 6.6 Apport énergétique global\* et apport en micronutriments global<sup>1</sup> selon l'IMC<sup>2</sup>

	<b>IMC normal</b>	<b>Excédent de poids</b>	<b>Obèse</b>
(n)	(505)	(707)	(589)
Apport énergétique (kcal)	2075	2159	2003
Apport en matières grasses (g)	72,9	77,2	73,2
Apport en glucides (g)	265	270	248
Apport en protéines (g)	78,7	83,3	80,4

\* L'apport énergétique moyen n'a pas été ajusté en fonction de la sous-déclaration.

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour sources de nourriture seulement

<sup>2</sup> Indice de masse corporelle, Organisation mondiale de la santé, 1998

## 6.6 FACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES

### 6.6.1 Relation entre le niveau de revenu et l'indice de masse corporelle

La relation entre le revenu du ménage et l'IMC est complexe. De nombreuses études, y compris l'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 2001a), démontrent que les taux d'obésité sont plus élevés chez les personnes qui vivent dans des ménages touchés par l'insécurité alimentaire. Cette situation peut découler du fait que les

personnes qui vivent dans des ménages à faible revenu choisissent des aliments à haute valeur énergétique lorsqu'elles disposent de nourriture (Statistique Canada, 2001a). Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 1999a), effectuée en 1996-1997, c'est-à-dire au même moment que l'Enquête sur la nutrition au N.-B., l'obésité était plus courante chez les personnes vivant dans des ménages à faible revenu, tandis que l'excédent de poids est plus courant lorsque les niveaux de revenus sont plus élevés. Un rapport récent de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (2004) suggère que l'excédent de poids et l'obésité selon le revenu suit une tendance opposée chez les hommes et chez les femmes. La probabilité de l'excédent de poids ou de l'obésité augmente avec les niveaux de revenu chez les hommes, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'avoir un excédent de poids ou d'être obèses si leur revenu est plus faible (Initiative sur la santé de la population canadienne, 2004).

Les tableaux 6.7 et 6.8 présentent le pourcentage d'hommes et de femmes au N.-B. dans chacune des catégories d'IMC selon les niveaux de revenu du ménage (voir le chapitre 4). Le pourcentage d'adultes ayant un poids insuffisant au N.-B. était trop faible pour être inclus dans ces tableaux. Chez les hommes du N.-B., la répartition des niveaux de revenu était semblable dans les catégories de poids normal, d'excédent de poids et d'obésité. Le pourcentage d'hommes ayant un poids normal dans le groupe au revenu le plus faible était presque le double du pourcentage des hommes obèses. Conformément aux résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population, il semblait y avoir un plus grand pourcentage d'hommes obèses et ayant un excédent de poids dans le groupe au revenu moyen supérieur et au revenu le plus élevé comparativement aux hommes ayant un poids normal à ce niveau de revenu, mais la différence était faible. En général, au N.-B., le niveau de revenu ne semblait pas être un déterminant important de l'excédent de poids et de l'obésité.

Chez les femmes, la répartition du revenu était semblable dans les catégories d'IMC de poids normal et d'excédent de poids. Les résultats du tableau 6.8 semblent appuyer l'Initiative sur la santé de la population canadienne discutée ci-dessus, qui a conclu que les femmes de la catégorie de revenu le plus faible sont plus susceptibles d'avoir un excédent de poids ou d'être obèses. Environ le double du pourcentage des femmes ayant un excédent de poids et des femmes obèses se retrouvait dans le groupe au revenu le plus faible comparativement aux pourcentages d'hommes ayant un excédent de poids et d'hommes obèses du groupe au revenu le plus faible. Plus de la moitié des femmes de poids normal et ayant un excédent de poids se trouvait dans le groupe au revenu moyen supérieur et au revenu le plus élevé. Environ 15 % moins de femmes obèses vivaient dans des ménages au revenu moyen supérieur et au revenu le plus élevé que les femmes de poids normal et ayant un excédent de poids, et les femmes obèses constituaient le seul groupe des deux sexes dont moins de la moitié des membres du groupe vivaient dans des ménages au revenu moyen supérieur et au revenu le plus élevé. Ainsi, il semblait exister une tendance entre l'excédent de poids et les niveaux de revenus plus faibles chez les femmes du N.-B. Les résultats suggèrent que les femmes ayant un excédent de poids ou les femmes obèses sont plus susceptibles de vivre dans des ménages au revenu le plus faible que les hommes des mêmes catégories d'IMC, et que les femmes obèses sont les

moins susceptibles de vivre dans des ménages au revenu moyen supérieur et au revenu le plus élevé. Il est important de noter que cette différence observée dans la répartition du revenu selon l'IMC est limitée et qu'il faut ainsi faire la promotion d'un apport énergétique sain et de l'activité physique régulière auprès de toute la population de femmes adultes du N.-B., peu importe le niveau de revenu.

Tableau 6.7 IMC des hommes du N.-B. selon le revenu du ménage

Niveau de revenu du ménage (n)	IMC		
	Poids normal IMC de 18,5 à 24,9 (219)  %	Excédent de poids IMC de 25 à 29,9 (383)  %	Obèse IMC ≥ 30 (246)  %
Revenu plus faible	9	6	5
Revenu faible	15	13	12
Revenu moyen	27	29	32
Revenu moyen supérieur/le plus élevé	49	52	52

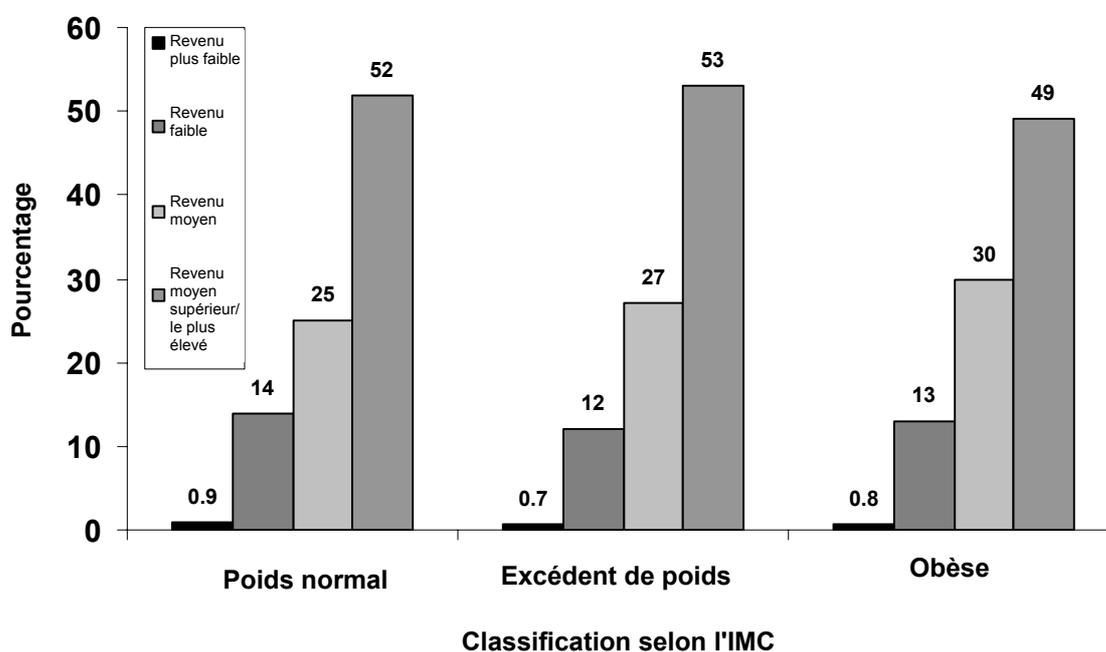
Tableau 6.8 IMC des femmes du N.-B. selon le revenu du ménage

Niveau de revenu du ménage (n)	IMC		
	Poids normal IMC de 18,5 à 24,9 (384)  %	Excédent de poids IMC de 25 à 29,9 (324)  %	Obèse IMC ≥ 30 (241)  %
Revenu plus faible	10	10	11
Revenu faible	12	11	18
Revenu moyen	24	25	30
Revenu moyen supérieur/le plus élevé	55	54	41

La figure 6.9 indique le pourcentage des adultes néo-brunswickois de chaque niveau de revenu selon l'IMC. Il démontre que même si un pourcentage légèrement plus faible de personnes obèses vivent dans des ménages au revenu moyen supérieur et au revenu le plus élevé, en général, la répartition de l'IMC était semblable pour chaque niveau de

revenu. Ces données suggèrent que les adultes du N.-B. de tous les niveaux de revenus semblent être touchés de façon semblable par les taux d'embonpoint et d'obésité. Encore une fois, ces résultats indiquent que la meilleure façon d'aborder les taux croissants d'embonpoint et d'obésité chez les adultes du N.-B. est de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique à tous les niveaux de revenus.

Figure 6.9 Revenu selon l'IMC



### 6.6.2 Relation entre le niveau d'éducation et l'indice de masse corporelle

L'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 1999a) menée pendant la même période que l'Enquête sur la nutrition au N.-B. en 1996-1997 indique que les Canadiens sont plus susceptibles d'avoir un IMC normal si leur niveau d'éducation est plus élevé. Ces résultats sont conformes aux tendances signalées par d'autres chercheurs (comité d'experts de National Institutes of Health dans Statistique Canada, 1998; Cairney et Wade, 1998 dans Statistique Canada, 1999a). Une explication proposée de ces résultats est que plus le niveau d'éducation est élevé, plus les personnes sont exposées à des messages au sujet de l'importance d'un style de vie sain (Statistique Canada, 1999a).

Les tableaux 6.9 et 6.10 présentent les catégories d'IMC selon le niveau d'éducation le plus élevé. Les pourcentages d'hommes au poids normal, ayant un excédent de poids et obèses

Chapitre 6

qui ont seulement terminé leurs études primaires étaient plutôt semblables. Bien qu'un plus grand pourcentage d'hommes au poids normal ait terminé leurs études secondaires, cette tendance ne se répétait pas au niveau d'éducation postsecondaire. Le pourcentage d'hommes ayant un excédent de poids et d'hommes obèses ayant terminé leurs études postsecondaires dépasse le pourcentage des hommes ayant un IMC normal au même niveau d'éducation. Ainsi, les résultats ont déterminé que les hommes du N.-B. ne suivent pas la tendance déterminée par Statistique Canada voulant que l'IMC soit plus souvent normal lorsque le niveau d'éducation est plus élevé. Dans le cas des femmes du N.-B., il ne semble toutefois par y avoir un lien entre un niveau d'éducation plus élevé et un poids-santé. Des plus importants pourcentages de femmes ayant un excédent de poids et de femmes obèses n'ont pas terminé leurs études primaires comparativement aux femmes de poids normal. Les pourcentages de femmes ayant terminé leurs études postsecondaires diminuaient avec l'augmentation de l'IMC.

Tableau 6.9 IMC des hommes du N.-B. selon le niveau de formation le plus élevé

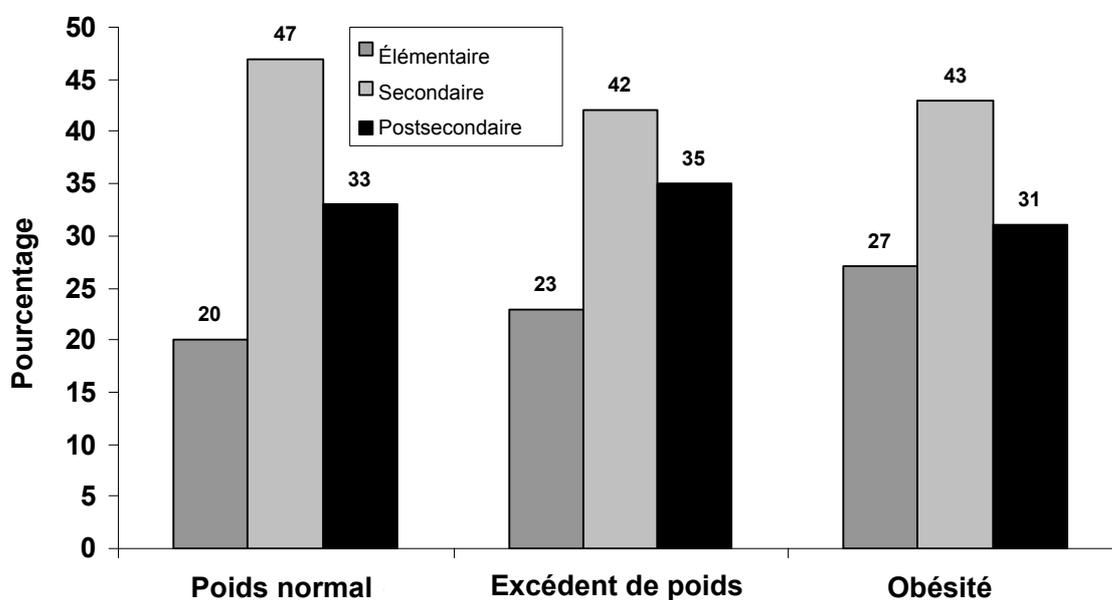
Niveau d'éducation (n)	IMC		
	Poids normal IMC de 18,5 à 24,9 (220) %	Excédent de poids IMC de 25 à 29,9 (383) %	Obèse IMC ≥ 30 (246) %
Élémentaire	26	25	25
Secondaire	47	40	42
Postsecondaire	27	34	33

Tableau 6.10 IMC des femmes du N.-B. selon le niveau de formation le plus élevé

Niveau d'éducation (n)	IMC		
	Poids normal IMC de 18,5 à 24,9 (397) %	Excédent de poids IMC de 25 à 29,9 (324) %	Obèse IMC ≥ 30 (241) %
Élémentaire	16	20	32
Secondaire	48	45	40
Postsecondaire	36	35	28

La figure 6.10 indique les niveaux d'éducation des adultes du N.-B. selon les catégories d'IMC. Conformément à la tendance déterminée par Statistique Canada, le pourcentage d'adultes qui n'ont qu'un niveau d'éducation primaire semblait augmenter à mesure que la catégorie d'IMC augmente du poids normal à l'obésité. Toutefois, même si une plus grande partie de la population ayant un poids normal a terminé au moins les études secondaires comparativement aux adultes ayant un excédent de poids et aux adultes obèses, cette tendance n'a pas été observée au niveau des études postsecondaires. En général, les différences étaient légères, ce qui suggère que le lien entre l'éducation et le poids n'était pas solide. Il est donc important que les stratégies soient conçues de façon à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique auprès de tous les adultes du N.-B., peu importe leur niveau d'éducation.

Figure 6.10 Niveau d'éducation selon l'IMC



## **7** FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DES ALIMENTS

Le présent chapitre présente les résultats du questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments (annexe A), qui évalue la fréquence de consommation de certains aliments au cours du dernier mois.

### 7.1 ÉVALUATION DE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DES ALIMENTS

La liste des aliments énumérés était restreinte et ne visait pas à fournir une évaluation complète des divers groupes alimentaires représentés dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Il est impossible de calculer le nombre de portions consommées pour chaque groupe alimentaire, de comparer les portions consommées avec la quantité recommandée dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* ou encore d'évaluer les apports nutritionnels provenant des aliments individuels. Le nombre moyen des portions des aliments sélectionnés consommées par les adultes néo-brunswickois est examiné. Dans la plupart des cas, les aliments sont regroupés en fonction de la place qu'ils occupent dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.

### 7.2 CONSOMMATION DE LÉGUMES

La consommation de légumes visait essentiellement les légumes mangés couramment, comme les pommes de terre, les légumes contenant une bonne source de bêta-carotène et les légumes crucifères. La consommation des fruits n'a pas été évaluée. Il n'est donc pas possible de faire la comparaison entre les quantités consommées et les 5 à 10 portions quotidiennes recommandées pour le groupe des légumes et fruits. Le nombre moyen de portions de légumes sélectionnés consommés selon le groupe d'âge et le sexe est illustré au tableau 7.1.

Les pommes de terre frites (en grande friture ou à la poêle) et les croustilles (incluant les croustilles au maïs et les croustilles de pommes de terre) appartiennent à la catégorie « Autres aliments » et ne devraient pas être considérées comme des choix sains. Elles ont néanmoins été ajoutées à des fins de comparaison. Par portion, le légume le plus consommé par tous les adultes néo-brunswickois était les pommes de terre au four ou bouillies. Les hommes ont consommé plus de pommes de terre que les femmes. Sans compter les choix plus nutritifs de pommes de terre, les femmes des groupes de 18 à 49 ans et les hommes des groupes de 18 à 64 ans ont consommé plus de portions de croustilles ou de pommes de terre frites qu'ils ont mangé de portions de la plupart des choix de légumes sains. À l'exception du groupe plus âgé, la consommation de croustilles des hommes était très élevée comparativement à leur consommation d'autres légumes. La consommation de croustilles et de pommes de terre frites a diminué avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.

La consommation de carottes et de petits pois se classait au second rang après les pommes de terre. Aucune tendance de consommation de légumes selon les groupes d'âge n'a été relevée. Même si les différences étaient minimes, les hommes ont consommé la plupart des légumes en plus grande quantité, à l'exception du brocoli, lequel a été mangé en plus grande quantité par les femmes. Une des plus grandes différences observées a été la consommation d'épinard cru, qui était beaucoup plus élevée pour les hommes des groupes de 35 à 49 ans que pour tous les autres groupes âge-sexe. Le légume le moins mangé par les femmes était l'épinard cru, tandis que celui le moins mangé par les hommes était la courge.

Tableau 7.1 Consommation de légumes sélectionnés (Nombre moyen de portions quotidiennes selon l'âge et le sexe)

	Quantité de la portion	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
<b>Pommes de terre</b>									
au four/bouillies	1 tasse	0,22	0,22	0,19	0,21	0,14	0,14	0,15	0,15
*frites	1 tasse	0,13	0,11	0,08	0,07	0,08	0,06	0,05	0,04
*croustilles	1 oz	0,18	0,16	0,13	0,06	0,11	0,09	0,08	0,04
autres (au gratin, pilées, ajoutées aux ragoûts et aux casseroles)	1 tasse	0,09	0,07	0,07	0,07	0,04	0,05	0,05	0,05
<b>Carottes</b>	½ tasse	0,10	0,12	0,13	0,12	0,10	0,10	0,12	0,11
<b>Brocoli</b>	½ tasse	0,08	0,11	0,09	0,07	0,10	0,09	0,09	0,09
<b>Chou</b>	½ tasse	0,07	0,08	0,07	0,07	0,07	0,05	0,06	0,06
<b>Chou-fleur</b>	½ tasse	0,07	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08	0,06
<b>Épinards</b>									
cuits	½ tasse	0,07	0,08	0,08	0,06	0,05	0,04	0,05	0,08
crus	½ tasse	0,11	0,18	0,08	0,08	0,11	0,10	0,09	0,08
<b>Courge</b>	½ tasse	0,05	0,08	0,07	0,08	0,06	0,06	0,07	0,08
<b>Navet</b>	½ tasse	0,07	0,08	0,09	0,09	0,06	0,06	0,07	0,07
<b>Petits pois</b>	½ tasse	0,18	0,17	0,17	0,15	0,14	0,14	0,15	0,15
<b>Légumes verts cuits</b>	½ tasse	0,07	0,09	0,08	0,10	0,05	0,09	0,07	0,06
feuilles de navets, de betteraves, de pissenlit, etc.									

\* Ces aliments ne sont pas des choix de légumes sains. Ils ont uniquement été ajoutés à des fins de comparaison.

### 7.3 CONSOMMATION DE VIANDE ET DE SUBSTITUTS

Le bœuf, le porc, les viandes transformées, la volaille, les œufs, le poisson, les mollusques et crustacés et les fèves comptaient parmi les aliments du groupe des viandes et substituts qui ont été évalués. Le nombre moyen des portions de viandes et substituts sélectionnés consommés selon le groupe d'âge et le sexe est illustré au tableau 7.2.

Il est impossible d'évaluer à partir de ces données si les adultes du Nouveau-Brunswick atteignent les 2 ou 3 portions quotidiennes recommandées pour le groupe des viandes et substituts dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Les substituts tels que les noix, le beurre d'arachides et le tofu ne faisaient pas partie du questionnaire. Certains des choix présentés, comme les viandes transformées et le bacon, ont très peu de valeurs nutritives.

Les hommes ont consommé le plus grand nombre de portions de tous les choix de viandes et substituts compris dans l'enquête. Les hommes du groupe d'âge de 18 à 34 ans ont mangé plus de viandes froides que tous les autres groupes âge-sexe et plus du double de ce que les femmes ont mangé. La consommation de bœuf, de porc, de viandes transformées, de volaille et d'œufs a diminué avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, bien que la diminution soit plus spectaculaire chez les hommes. C'était le contraire pour le nombre de portions de fèves consommées, qui était semblable ou qui a légèrement augmenté parmi les groupes d'âge tant chez les hommes que chez les femmes. À l'exception de quelques aliments, tels que les haricots, les femmes âgées de 65 à 74 ans ont consommé elles aussi un nombre faible ou plus faible de portions de viande et de substituts que tous les autres groupes d'âge-sexe.

Les femmes ont mangé moins de poulet frit que de poulet préparé sans gras, tandis que les hommes ont signalé consommer autant de poulet frit que de poulet non frit. On a consommé une plus grande quantité de poisson frit que de poisson préparé sans gras, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les portions de fruits de mer consommées, comprenant le poisson et les mollusques et crustacés, n'ont pas suivi la même tendance de diminution avec l'âge. Il n'y avait pas beaucoup de différence entre les quantités de mollusques et crustacés et de homard consommées avec ou sans beurre, margarine ou mayonnaise. Aucune tendance n'a été observée pour ce qui est de l'âge ou du sexe. En général, les hommes ont consommé une plus grande quantité de ces aliments, mais, dans l'ensemble, la quantité de portions consommées était plus uniforme parmi les groupes d'âge-sexe que pour la plupart des autres choix de viandes et substituts.

Le questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments demandait également aux Néo-Brunswickois d'indiquer leur consommation d'agneau et de gibier. Toutefois, dans le cas de ces viandes, la quantité consommée déclarée était extrêmement faible.

Tableau 7.2 Consommation d'aliments sélectionnés dans le groupe des viandes et substituts (nombre moyen de portions quotidiennes selon l'âge et le sexe)

	Quantité de la portion	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
<b>Bœuf</b>									
steak ou rôti	74 g	0,18	0,18	0,15	0,12	0,10	0,10	0,10	0,09
bœuf haché	74 g	0,17	0,13	0,12	0,09	0,12	0,10	0,09	0,07
hamburgers	74 g	0,18	0,13	0,10	0,10	0,08	0,08	0,08	0,07
<b>Porc</b>									
bacon	1 tranche	0,33	0,32	0,26	0,28	0,20	0,22	0,20	0,18
jambon ou côtelettes	74 g	0,15	0,14	0,11	0,09	0,08	0,08	0,07	0,08
<b>Viandes transformées</b>									
viande froide	30 g	0,27	0,18	0,16	0,12	0,15	0,11	0,10	0,10
hot dogs ou saucisses	1	0,19	0,17	0,14	0,14	0,10	0,10	0,09	0,08
saucisson de Bologne	30 g	0,18	0,21	0,18	0,17	0,14	0,12	0,12	0,11
<b>Volaille</b>									
non frite	74 g	0,19	0,19	0,15	0,15	0,13	0,13	0,12	0,13
frite	74 g	0,18	0,18	0,15	0,10	0,11	0,10	0,09	0,08
<b>Œufs</b>									
	1 oeuf	0,17	0,18	0,16	0,12	0,14	0,11	0,10	0,10
<b>Fèves</b>									
bouillies ou cuites au four	½ tasse	0,11	0,11	0,12	0,12	0,08	0,07	0,07	0,09
<b>Poissons et fruits de mer</b>									
poisson, non frit	74 g	0,12	0,13	0,13	0,11	0,10	0,09	0,10	0,09
poisson, frit	74 g	0,18	0,16	0,13	0,13	0,13	0,12	0,13	0,13
mollusques et crustacés, sans beurre	½ tasse	0,09	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05	0,05	0,04
mollusques, avec beurre	½ tasse	0,06	0,09	0,07	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04
homard, sans beurre	½ tasse	0,05	0,07	0,07	0,03	0,03	0,04	0,05	0,04
homard, avec beurre	½ tasse	0,04	0,04	0,05	0,04	0,05	0,04	0,03	0,03

## 7.4 CONSOMMATION DE PRODUITS LAITIERS

Le nombre moyen de portions de produits laitiers sélectionnés consommées selon le groupe d'âge et le sexe est illustré au tableau 7.3. Comme pour les groupes alimentaires précédents, il est difficile de conclure à partir des produits laitiers inclus dans le questionnaire si les adultes du Nouveau-Brunswick atteignent les 2 à 4 portions quotidiennes recommandées dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. En général, toutefois, lorsqu'on prend en considération les portions et les principaux produits laitiers, les Néo-Brunswickois ne semblent pas atteindre l'apport quotidien recommandé de produits laitiers. Cette observation est conforme au résultat précédent voulant que l'apport moyen en calcium de la population adulte de tous les groupes d'âge soit inférieur à l'Apport suffisant.

Le plus grand nombre de portions de produits laitiers consommées était sous forme de lait en tant que boisson. Les hommes ont consommé le plus grand nombre de portions de tous les produits laitiers, à l'exception du yogourt, lequel a été mangé en plus grande quantité par les femmes. Les hommes du groupe d'âge le plus jeune ont mangé la plus grande quantité de presque tous les produits laitiers énumérés. La consommation de lait ajouté aux céréales, de fromages plus riches en gras et de crème glacée était élevée chez les hommes de 18 à 34 ans comparativement aux autres groupes. Dans l'ensemble, la consommation de la plupart des types de produits laitiers a diminué avec l'âge chez les hommes. Les femmes âgées de 50 à 64 ans étaient portées à consommer le moins grand nombre de portions de la plupart de produits laitiers. Sans compter le lait consommé en tant que boisson, les femmes du groupe le plus âgé prenaient des portions de produits laitiers en quantités égales ou supérieures au groupe de femmes le plus jeune.

Tous les groupes d'âge des deux sexes ont consommé un plus grand nombre de portions de fromage régulier que de fromage à teneur réduite en matière grasse. Les hommes de tous les groupes d'âge ont tendance à consommer un peu plus de portions de yogourt faible en gras que de yogourt contenant plus de 1 % de matière grasse. Cette tendance n'a cependant pas été observée chez les femmes. La consommation de crème glacée, de yogourt glacé et de sorbet faibles en gras ainsi que de fromages contenant moins de 10 % de matière grasse (p. ex. fromage cottage) chez les femmes a augmenté avec l'âge. Les femmes des deux groupes les plus âgés (de 50 à 64 ans et de 65 à 74 ans) ont mangé de plus grandes quantités de fromage contenant 10 % ou moins de matières grasses et de desserts congelés faibles en gras que les hommes des mêmes groupes d'âge.

Tableau 7.3 Consommation de produits laitiers sélectionnés (Nombre moyen de portions quotidiennes selon l'âge et le sexe)

	Quantité de la portion	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
<b>Lait</b>									
en tant que boisson	1 tasse	0,66	0,53	0,49	0,38	0,47	0,47	0,41	0,43
ajouté aux céréales	½ tasse	0,73	0,57	0,51	0,60	0,49	0,50	0,45	0,50
<b>Fromage</b>									
>24 % MG*	74 g	0,22	0,18	0,16	0,12	0,13	0,13	0,10	0,14
10 à 24 % MG	30 g	0,15	0,14	0,12	0,10	0,10	0,09	0,08	0,10
<10 % MG	60 g (¼ tasse)	0,08	0,05	0,06	0,08	0,07	0,07	0,08	0,11
<b>Crème glacée</b>									
ordinaire	½ tasse	0,17	0,12	0,14	0,10	0,09	0,08	0,07	0,08
faible en gras	½ tasse	0,10	0,11	0,07	0,07	0,05	0,06	0,08	0,09
<b>Yogourt</b>									
< 1 % MG	½ tasse	0,10	0,08	0,06	0,07	0,09	0,10	0,09	0,09
> 1 % MG	½ tasse	0,09	0,07	0,06	0,06	0,10	0,08	0,08	0,10

\* MG = Matière grasse

Le type de lait liquide consommé est illustré au tableau 7.4 Les portions calculées équivalaient à une tasse (les portions d'une cuillère à table de lait utilisées dans le thé et le café ne sont pas ajoutées). Pour tous les types de lait, le nombre de portions de lait consommées en tant que boisson est presque le double des portions de lait ajoutées aux céréales. C'est le lait 1 % qui a été consommé en plus grande quantité en tant que boisson et ajouté aux céréales. Le lait écrémé venait au second rang, tant comme breuvage qu'ajouté aux céréales. Le lait entier était le moins consommé. Le nombre total moyen de portions quotidiennes de tous les types de lait est légèrement supérieur à ¾ tasse.

Les types de lait liquide suivants ont aussi été évalués par le questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments : le babeurre, la crème et les laits évaporés (entier, 2 %, léger, écrémé, dilué et non dilué). Les Néo-Brunswickois ont uniquement consommé de très petites quantités de ces types de lait quotidiennement, c'est pour cette raison qu'ils ne font pas partie des résultats présentés.

Tableau 7.4 Types de laits liquides consommés

	Nombre moyen de portions quotidiennes d'une tasse de lait		
	en tant que boisson	ajouté aux céréales	consommation totale de lait liquide
lait entier	0,113	0,061	0,174
lait 2 % (lait blanc ou au chocolat)	0,125	0,066	0,191
lait 1 %	0,136	0,070	0,206
lait écrémé	0,129	0,069	0,198

## 7.5 CONSOMMATION DE PRODUITS CÉRÉALIERS SÉLECTIONNÉS

Le nombre moyen des portions de produits céréaliers sélectionnés évalués est présenté au tableau 7.5. Le nombre de portions semble faible. Il est toutefois important de signaler que d'autres choix de produits céréaliers populaires, comme le riz, le pain multigrains, les pâtes et les bagels ne faisaient pas partie de l'enquête. Pour cette raison, il est impossible d'évaluer comment la consommation de produits céréaliers des adultes néo-brunswickois se compare aux 5 à 12 portions recommandées. Certains des aliments mentionnés dans la présente section, comme les biscuits et les aliments du groupe des beignes, ont très peu de valeurs nutritives et appartiennent à la catégorie « Autres aliments ». Ils ont été ajoutés à des fins de comparaison.

Selon les résultats de l'enquête, les hommes et les femmes du N.-B. consommaient à peu près les mêmes portions de pain parmi tous les groupes âge-sexe. La plupart des hommes consommaient plus de pain blanc que de pain de blé entier. Les hommes des deux groupes les plus jeunes ont mangé un plus grand nombre de portions de pain blanc que les autres groupes, tandis que les hommes âgés de 50 à 64 ans faisaient exception parce qu'ils consommaient un peu plus de portions de pain de blé entier. Le groupe de femmes le plus jeune (18 à 34 ans) consommait plus de pain blanc que de pain de blé entier, tandis que les autres groupes de femmes consommaient des quantités semblables de chaque type de pain.

Les hommes aussi bien que les femmes néo-brunswickois ont mangé un plus grand nombre de portions de craquelins que de pain; il n'est toutefois pas sage de faire une comparaison directe étant donné que les portions n'étaient pas les mêmes. Si l'on tenait compte de cette différence, la consommation de craquelins serait au moins la moitié de celle du pain.

Tableau 7.5 Consommation de produits céréaliers sélectionnés  
(Nombre moyen de portions quotidiennes selon l'âge et le sexe)

	Quantité de la portion	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Pain blanc	1 tranche	0,30	0,31	0,24	0,20	0,22	0,22	0,19	0,18
Pain de blé entier	1 tranche	0,24	0,24	0,26	0,16	0,18	0,21	0,18	0,18
Craquelins	1 craquelin	0,77	0,76	0,61	0,56	0,49	0,51	0,51	0,48

Le tableau 7.6 illustre la consommation de produits de boulangerie et pâtisseries riches en gras pour en faire la comparaison avec les choix de produits céréaliers sains mentionnés. Les hommes et les femmes ont mangé un nombre semblable de portions de biscuits que de portions des deux types de pain. Les hommes ont mangé plus de portions de craquelins que les femmes, et un peu plus de portions de biscuits. Les hommes des deux groupes les plus jeunes ont mangé le plus de portions de craquelins. La consommation de portions de beignes, de gâteaux, de tartes, de muffins et de croissants était moins élevée et était uniforme dans tous les groupes d'âge-sexe. Aucune tendance reliée à l'âge n'a été observée chez les hommes ou chez les femmes pour ce qui est de la consommation de biscuits et de beignes et d'autres choix plus riches en gras qui faisaient partie du groupe.

Tableau 7.6 Consommation de produits de boulangerie et pâtisseries riches en gras sélectionnés\* (Nombre moyen de portions quotidiennes selon l'âge et le sexe)

	Quantité de la portion	Hommes				Femmes			
		De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
Biscuits	1 biscuit	0,32	0,28	0,26	0,26	0,25	0,19	0,19	0,19
Beignes, gâteaux, tartes, muffins et croissants	1 morceau	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06

\* Ne constituent pas des choix santé issus du groupe des produits céréaliers

## 7.6 FRÉQUENCE DES REPAS À L'EXTÉRIEUR

Dans le questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments (annexe A) demandait aux participants d'indiquer le nombre de fois au cours du dernier mois ils avaient mangé au restaurant, dans une cafétéria et des mets à emporter. Le tableau 7.7 illustre le pourcentage d'adultes néo-brunswickois qui déclarent avoir mangé dans ces trois types d'établissements de restauration chaque mois, chaque semaine ou chaque jour.

Chapitre 7

Moins de 20 % des adultes néo-brunswickois ont affirmé qu'ils mangeaient dans une cafétéria au moins une fois par mois. Les repas au restaurant et les mets à emporter étaient plus populaires. Environ 70 % de la population mange ce type de repas au moins une fois par mois (69 % a mangé au restaurant et 73 % a mangé des mets à emporter au moins une fois par mois). Environ le tiers des Néo-Brunswickois ont mangé au restaurant au moins une fois par semaine, et un pourcentage semblable de la population a mangé des mets à emporter au moins une fois par semaine. Un pour cent ou moins de la population affirme avoir mangé des trois types de mets au moins une fois par jour.

Tableau 7.7 Fréquence des repas à l'extérieur

Lieu (n)	Jamais ou moins d'une fois par mois	1-3 fois par mois	4 fois par mois ~une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine (mais pas tous les jours)	Une fois par jour ou plus
	%	%	%	%	%
<b>Restaurant</b> (n = 1833)	31	41	11	16	1
<b>Mets à emporter</b> (n=1873)	27	40	13	19	1
<b>Cafétéria</b> (n = 1818)	82	9	2	7	<1

# 8 GROUPES ALIMENTAIRES ET APPORTS NUTRITIONNELS

Un des objectifs majeurs de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick était de déterminer la contribution des principaux groupes alimentaires à l'apport nutritionnel. Cette information a été précisée en se basant sur les données recueillies à l'aide du rappel alimentaire de 24 heures. Les produits et les recettes constitués de plusieurs groupes alimentaires ont été décomposés de sorte à pouvoir classer leurs ingrédients dans les groupes alimentaires appropriés. Divers suppléments tels que les suppléments vitaminiques et minéraux, les suppléments en boisson et les substituts de repas n'ont pas été inclus dans cette discussion.

En raison de l'importante consommation de pommes de terre comparativement à tous les autres légumes, la contribution des pommes de terre à l'apport nutritionnel des Néo-Brunswickois est présentée dans une section distincte du groupe des légumes et fruits. Les pommes de terre qui sont incluses dans le groupe des légumes et fruits n'incluent pas les pommes de terre frites et les croustilles, qui ont été classées dans la catégorie « Autres aliments ». Contrairement à la fréquence de consommation des aliments, les données du rappel alimentaire de 24 heures n'ont pas fait la distinction entre le pain de blé entier et les autres pains à grains entiers. Comme il est indiqué au chapitre #7, la plupart des groupes d'âge-sexe ont consommé un peu plus de pain blanc que de pain de blé entier selon les résultats du questionnaire sur la fréquence de consommation. Dans le présent chapitre, une comparaison des pourcentages de macronutriments et de micronutriments fournis par le pain blanc comparativement à tous les types de pains à grains entiers en tant que groupe (tableaux 8.1 à 8.3) démontre que les adultes du N.-B. mangent plus de pain blanc que de tous les autres types de pains à grains entiers combinés.

## 8.1 CONTRIBUTION DES GROUPES ALIMENTAIRES ET DES ALIMENTS INDIVIDUELS À L'APPORT DE MACRONUTRIMENTS

Le tableau 8.1 indique la contribution des groupes alimentaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et des aliments individuels de chaque groupe à l'apport en macronutriments.

La plus grande source d'énergie provenait du groupe « Autres aliments », qui fournissait plus d'un tiers de l'apport de macronutriments dans le régime alimentaire des Néo-Brunswickois. Cette catégorie inclut des aliments comme des produits à haute teneur en calories mais faibles en éléments nutritifs, les sucres et les aliments très sucrés, ainsi que les matières grasses. Les matières grasses ajoutées étaient responsables de 10,8 % des calories, et 6,2 % des calories provenaient d'aliments à haute teneur en matières

grasses comme les produits de boulangerie, les tablettes de chocolat, les pommes de terre frites et les croustilles. Les sucres ajoutés et les aliments à haute teneur en sucre simple, y compris les bonbons, les sucettes glacées et les boissons gazeuses, contribuaient à 9,6 % de l'apport énergétique des Néo-Brunswickois. Après le groupe « Autres aliments », les produits céréaliers fournissaient le deuxième plus important pourcentage d'énergie (25,5 %), suivi du groupe des viandes et substituts (19,3 %). Les légumes et fruits fournissaient environ 10,4 % de l'énergie, et les pommes de terre contribuaient le plus grand pourcentage de calories de ce groupe. Les produits laitiers fournissaient un pourcentage d'apport énergétique semblable à celui des légumes et fruits (10,2 %). Plus de la moitié de l'apport énergétique des produits laitiers provenait de la consommation du lait de vache.

Le groupe des viandes et substituts fournissait la moitié de l'apport en protéines des adultes du N.-B. (49 %), et la viande rouge constituait la source principale de protéines dans ce groupe alimentaire. Les produits céréaliers contribuaient également à une quantité considérable de protéines (20,5 %), suivis des produits laitiers, qui constituaient environ 16,5 % de la consommation de protéines. Le pain blanc était la plus importante source de protéine dans le groupe des produits céréaliers, et le fromage et le lait de vache de consommation constituaient la plus grande source de protéines du groupe des produits laitiers.

La plus grande partie de l'apport en glucides provenait du groupe des produits céréaliers (40,1 %), particulièrement du pain blanc, des pâtes et du riz. Le groupe « Autres aliments » contribuait également à une grande quantité de glucides (27,7 %), suivi du groupe des légumes et fruits (18,8 %). La quantité de glucides dérivés des aliments à haute teneur en sucre mais faibles en éléments nutritifs, par exemple les sucres ajoutés, les sucettes glacées, les bonbons et les boissons gazeuses, était presque identique à la quantité de glucides provenant des légumes et fruits (18,9 %). En ce qui a trait aux aliments individuels, le plus grand pourcentage de glucides provenait de boissons sucrées et de boissons gazeuses, suivi des sucres ajoutés (y compris les confitures et les sirops), puis du pain blanc et des pommes de terre.

Le groupe « Autres aliments » fournissait presque la moitié de l'apport en matières grasses des Néo-Brunswickois (47,9 %). Les viandes et substituts contribuaient presque un tiers des matières grasses (28,7 %) et les produits laitiers, environ la moitié de ce pourcentage (14,1 %). La plus grande source de graisses saturées, polyinsaturées et monoinsaturées était le groupe « Autres aliments », suivi du groupe des viandes et substituts. Les produits laitiers contribuaient à environ un quart des graisses saturées au régime alimentaire des adultes du N.-B. (24,2 %). Les viandes et substituts constituaient la source principale de cholestérol, contribuant à plus de 70 % de l'apport de cet élément. La plus grande partie du cholestérol de ce groupe provenait des œufs (25,2 %) et de la viande rouge (23,2 %).

Tableau 8.1 Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de macronutriments (pourcentage de l'apport total)

Groupes alimentaires et aliments sélectionnés	Éléments nutritifs							
	Énergie	Protéines	Glucides	Matière grasse totale	Gras saturé	Gras polyinsaturé	Gras monoinsaturé	Cholestérol
<b>PRODUITS CÉRÉALIERS</b>	<b>25,50</b>	<b>20,53</b>	<b>40,13</b>	<b>7,21</b>	<b>5,02</b>	<b>13,01</b>	<b>6,76</b>	<b>2,13</b>
Pâtes et riz	4,50	3,60	6,90	0,83	0,47	1,86	0,45	0,74
Pain blanc	5,35	4,58	8,35	1,80	2,44	2,22	2,19	0,28
Pains à grains entiers	1,98	1,81	3,14	0,71	0,46	1,35	0,76	0,21
Autres produits céréaliers (pains mollets, craquelins, bagels, muffins anglais, pain pita, crêpes, etc.)	3,10	2,30	4,55	1,85	1,46	3,37	1,85	0,65
Céréales à grains entiers/à haute teneur en fibres	1,13	1,02	1,81	0,40	0,23	0,95	0,33	0,00
Autres céréales de petit-déjeuner	1,51	0,97	2,38	0,38	0,25	0,74	0,27	0,01
<b>LÉGUMES ET FRUITS</b>	<b>10,38</b>	<b>6,17</b>	<b>18,82</b>	<b>2,11</b>	<b>1,35</b>	<b>4,60</b>	<b>1,12</b>	<b>0,08</b>
Légumes (à l'exception des pommes de terre et des jus)	2,49	2,64	4,36	0,69	0,34	1,80	0,38	0,00
Pommes de terre	3,92	2,09	7,35	0,14	0,11	0,41	0,01	0,00
Fruits (à l'exception des jus)	3,26	0,90	6,20	0,60	0,39	0,85	0,24	0,00
Jus de légumes et de fruits	1,74	0,65	3,08	0,19	0,07	0,29	0,08	0,00
Soupes aux légumes	0,62	0,46	0,72	0,66	0,49	1,52	0,50	0,08
<b>PRODUITS LAITIERS</b>	<b>10,19</b>	<b>16,50</b>	<b>6,15</b>	<b>14,14</b>	<b>24,21</b>	<b>3,51</b>	<b>11,17</b>	<b>17,60</b>
Lait de vache de consommation	5,67	9,76	4,57	5,99	10,57	1,60	4,72	8,27
Autre lait (soja, chèvre, etc.)	0,17	0,15	0,18	0,18	0,24	0,60	0,17	0,25
Yogourt	0,28	0,38	0,34	0,12	0,24	0,20	0,09	0,22
Fromage	3,40	6,04	0,34	6,90	11,70	1,55	5,43	7,62
Desserts congelés	0,72	0,39	0,37	0,99	1,58	0,29	0,78	1,30
<b>VIANDES ET SUBSTITUTS</b>	<b>19,29</b>	<b>48,95</b>	<b>1,63</b>	<b>28,68</b>	<b>28,36</b>	<b>24,62</b>	<b>30,06</b>	<b>70,29</b>
Œufs	1,70	3,66	0,12	3,11	3,01	2,85	3,09	25,18
Viande rouge	9,43	21,90	0,19	16,12	17,69	8,15	18,16	23,19
Volaille	4,63	14,77	0,32	5,14	4,59	6,69	4,77	15,51
Poisson et crustacés	1,40	5,48	0,07	1,00	0,74	1,60	0,84	4,96
Légumineuses, noix et beurre de noix, graines, protéines végétales	1,86	2,23	1,19	3,09	2,08	5,06	3,37	0,15
<b>AUTRES ALIMENTS</b>	<b>31,40</b>	<b>6,46</b>	<b>27,67</b>	<b>47,90</b>	<b>40,82</b>	<b>53,60</b>	<b>50,22</b>	<b>9,82</b>
Produits de boulangerie (croissants, gâteau, etc.)	1,57	0,59	1,89	1,71	1,33	1,74	1,70	0,52
Matières grasses (tartinales, sauces, etc.)	10,80	0,63	0,21	32,29	28,57	33,55	32,75	6,18
Sucres	4,35	0,44	8,83	0,03	0,37	0,02	0,03	0,00
Bonbons, sucettes glacées, gelée	0,62	0,12	1,01	0,29	0,50	0,10	0,15	0,03
Boissons sucrées et boissons gazeuses	4,62	0,03	9,09	0,06	0,30	0,12	0,03	0,00
Croustilles, aliments salés à haute teneur en matières grasses	1,87	0,85	1,42	3,17	1,74	5,52	3,56	0,63
Pommes de terre frites	1,75	0,82	2,24	1,82	2,45	1,02	1,91	0,00
Tablettes de chocolat	1,02	0,44	1,02	1,57	2,23	0,68	1,43	0,15
Alcool	1,78	0,29	1,18	0,34	0,46	0,02	0,03	0,02
Café et thé	0,61	0,41	1,06	0,14	0,35	0,19	0,03	0,00

## 8.2 CONTRIBUTION DES GROUPES ALIMENTAIRES ET DES ALIMENTS INDIVIDUELS À L'APPORT EN FIBRES, EN MINÉRAUX SÉLECTIONNÉS ET EN ÉLECTROLYTES

Le tableau 8.2 indique la contribution des groupes alimentaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et des aliments individuels de chaque groupe à l'apport en fibres, en minéraux sélectionnés et en électrolytes.

Les produits céréaliers constituaient la plus importante source de fibres (41,1 %), et une quantité pratiquement égale de fibres provenaient du pain blanc, des pâtes, du riz et des pains à grains entiers. Ce résultat souligne la conclusion tirée à la section 7.5 voulant que la plupart des participants à l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick consommaient plus de pain blanc que de pain de blé entier à haute teneur en fibres. En raison du codage des données utilisé pour créer ces tableaux, il n'était pas possible de faire la distinction entre le pain de blé entier et la catégorie de pains à grains entiers. Le groupe des légumes et fruits fournissait un peu moins de fibres que le groupe des produits céréaliers (40,1 %). Les légumes (excluant les pommes de terre et les jus) constituaient la plus importante source de fibres (18,1 %), suivis des fruits (excluant les jus) et les pommes de terre, chacun contribuant à environ 10 % de l'apport en fibres.

Les produits laitiers fournissaient plus de la moitié de l'apport en calcium des Néo-Brunswickois. Plus d'un tiers de cet apport provenait du lait de vache de consommation et environ 15 % provenait du fromage. Les produits céréaliers contribuaient à 13,4 % de l'apport en calcium, et le groupe « Autres aliments », à 10,6 %.

Les produits céréaliers, les légumes et fruits, les viandes et substituts et le groupe « Autres aliments » fournissaient des quantités presque égales de magnésium, c'est-à-dire environ 20 % par groupe.

Le groupe des viandes et substituts constituait la plus grande source de phosphore (30,3 %), suivi des produits laitiers (26,7 %) et des produits céréaliers (19,8 %). Le lait de vache de consommation était l'aliment qui fournissait la plus grande quantité de phosphore dans le régime des adultes du N.-B. (16,6 %) et la viande rouge constituait la plus importante source de cet élément dans le groupe des viandes et substituts (11,9 %).

La plus grande source de fer était le groupe des produits céréaliers, fournissant 43,7 % de cet élément au régime des adultes du N.-B. Les céréales constituaient la plus grande source individuelle de cet élément, contribuant à presque 20 % de l'apport global en fer (6,2 % du fer provenait des céréales de blé entier à haute teneur en fibres et 13,6 % provenait d'autres types de céréales de petit-déjeuner). Les pâtes et le riz étaient également d'importantes sources de fer (7,9 %). Les viandes et substituts fournissaient un quart de l'apport total en fer, et la viande rouge constituait l'aliment individuel de ce groupe qui fournissait la plus grande quantité de fer (11,5 %).

Le groupe des viandes et substituts fournissait le plus grand pourcentage de zinc (45,8 %), suivi des produits céréaliers (18 %) et des produits laitiers (16,1 %). Presque un tiers de l'apport en zinc provenait des viandes rouges (27,7 %), et le lait de vache de consommation fournissait presque 10 % de cet élément.

La source principale de sodium était le groupe « Autres aliments » (22,4 %), suivi de près par les produits céréaliers (19,5 %). La viande rouge était l'aliment individuel qui fournissait la plus grande quantité de sodium (9,7 %), suivi du pain blanc (7,4 %), puis du fromage (6,1 %).

Le groupe des légumes et fruits constituait un tiers de l'apport en potassium, tandis que les légumes (excluant les pommes de terre et les jus) et les pommes de terre contribuaient chacun à 11 % de l'apport total. Les viandes et substituts et le groupe « Autres aliments » contribuaient chacun à environ 20 % de l'apport en potassium des Néo-Brunswickois. La plus grande source de potassium provenait du lait de vache de consommation (12,5 %).

Tableau 8.2 Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de fibres, de minéraux sélectionnés et d'électrolytes (pourcentage de l'apport total)

Groupes alimentaires et aliments sélectionnés	Éléments nutritifs							
	Fibres	Calcium	Magnésium	Phosphore	Fer	Zinc	Sodium	Potassium
<b>PRODUITS CÉRÉALIERS</b>	<b>41,13</b>	<b>13,40</b>	<b>21,83</b>	<b>19,83</b>	<b>43,65</b>	<b>18,00</b>	<b>19,48</b>	<b>8,77</b>
Pâtes et riz	6,56	1,08	4,15	2,99	7,89	3,51	0,22	0,87
Pain blanc	6,50	4,76	3,83	3,13	3,41	2,81	7,37	1,46
Pains à grains entiers	6,33	2,05	1,49	2,89	4,23	2,49	3,04	1,38
Autres produits céréaliers (pains mollets, craquelins, bagels, muffins anglais, pain pita, crêpes, etc.)	3,88	2,57	2,47	2,07	3,37	1,69	4,16	1,02
Céréales à grains entiers/à haute teneur en fibres	4,39	0,53	3,08	2,27	6,22	1,97	1,07	1,05
Autres céréales de petit-déjeuner	2,38	0,43	1,45	1,20	13,56	1,20	2,03	0,64
<b>LÉGUMES ET FRUITS</b>	<b>40,36</b>	<b>9,59</b>	<b>19,31</b>	<b>9,34</b>	<b>6,57</b>	<b>8,55</b>	<b>9,79</b>	<b>30,00</b>
Légumes (à l'exception des pommes de terre et des jus)	18,07	5,10	7,45	4,15	3,53	3,90	4,99	11,19
Pommes de terre	10,05	1,34	6,93	3,35	1,95	2,72	0,37	10,68
Fruits (à l'exception des jus)	10,89	2,56	4,14	1,80	1,63	0,98	0,17	6,53
Jus de légumes et de fruits	1,49	1,15	2,78	0,94	1,17	0,65	0,91	4,53
Soupes aux légumes	0,98	0,44	0,43	0,49	2,03	0,74	3,39	1,06
<b>PRODUITS LAITIERS</b>	<b>0,30</b>	<b>50,86</b>	<b>14,09</b>	<b>26,74</b>	<b>1,00</b>	<b>16,14</b>	<b>10,95</b>	<b>15,04</b>
Lait de vache de consommation	0,30	32,75	11,06	16,58	0,04	9,52	4,48	12,53
Autre lait (soja, chèvre, etc.)	0,00	0,35	0,17	0,23	0,04	0,14	0,13	0,19
Yogourt	0,00	1,16	0,42	0,61	0,04	0,46	0,17	0,47
Fromage	0,00	15,37	2,04	8,81	0,90	5,35	6,11	1,33
Desserts congelés	0,00	1,36	0,44	0,66	0,06	0,74	0,26	0,56
<b>VIANDES ET SUBSTITUTS</b>	<b>2,82</b>	<b>8,28</b>	<b>19,16</b>	<b>30,27</b>	<b>24,74</b>	<b>45,81</b>	<b>15,87</b>	<b>20,54</b>
Œufs	0,00	1,98	0,97	3,39	2,51	2,70	1,17	1,15
Viande rouge	0,00	1,69	6,41	11,85	11,50	27,66	9,68	9,26
Volaille	0,09	1,48	4,73	7,83	4,91	9,08	1,76	4,56
Poisson et crustacés	0,00	1,67	2,90	4,21	2,63	2,54	1,89	2,66
Légumineuses, noix et beurre de noix, graines, protéines végétales	2,27	1,39	3,88	2,37	2,23	2,83	1,27	2,25
<b>AUTRES ALIMENTS</b>	<b>12,66</b>	<b>10,64</b>	<b>19,53</b>	<b>11,07</b>	<b>11,98</b>	<b>8,36</b>	<b>22,41</b>	<b>20,38</b>
Produits de boulangerie (croissants, gâteau, etc.)	0,62	0,56	0,86	0,81	1,19	0,57	0,98	0,46
Matières grasses (tartinades, sauces, etc.)	0,00	2,27	0,51	1,08	0,37	0,51	4,97	0,71
Sucres	0,44	1,13	0,80	0,17	1,64	0,19	0,09	1,07
Bonbons, sucettes glacées, gelée	0,08	0,25	0,15	0,35	0,22	0,09	0,32	0,14
Boissons sucrées et boissons gazeuses	0,00	2,25	1,23	1,84	1,21	0,97	0,60	0,72
Croustilles, aliments salés à haute teneur en matières grasses	2,41	0,71	1,92	1,12	1,07	1,03	1,77	2,72
Pommes de terre frites	4,86	0,31	2,07	1,30	1,80	0,88	0,26	3,18
Tablettes de chocolat	1,92	0,91	1,16	0,76	0,86	0,56	0,23	0,64
Alcool	0,00	0,10	1,78	0,84	0,45	0,25	0,17	0,98
Café et thé	0,00	0,91	7,15	0,67	1,53	1,11	0,60	8,01

### 8.3 CONTRIBUTION DES GROUPES ALIMENTAIRES ET DES ALIMENTS INDIVIDUELS À L'APPORT DE VITAMINES SÉLECTIONNÉES

Le tableau 8.3 indique la contribution de chaque groupe alimentaire du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et des aliments individuels de chaque groupe à l'apport en vitamines sélectionnées.

Le groupe des légumes et fruits fournissait le plus grand pourcentage de vitamine A (40 %), et les légumes (excluant les pommes de terre et les jus) contribuaient à 33,4 % de cette vitamine. Les produits laitiers contribuaient à 25,8 % de la vitamine A, principalement par le lait de vache de consommation (16,7 %). Les matières grasses ajoutées (y compris la margarine, le beurre, les sauces, etc.) étaient la source de plus de 20 % de l'apport en vitamine A chez les adultes du N.-B.

Les produits céréaliers constituaient 44,7 % de l'apport en thiamine des adultes du N.-B., et c'est le pain blanc qui fournissait la plus grande quantité de cette vitamine pour ce groupe alimentaire (8,2 %). Les viandes et substituts fournissaient 20 % de l'apport en thiamine, et plus de la moitié de ce pourcentage provenait des viandes rouges (12 %). Le groupe des légumes et fruits était la source de 16,3 % de l'apport en thiamine.

Le groupe des viandes et substituts et le groupe des produits laitiers fournissaient chacun 27 % de l'apport en riboflavine, et le groupe des produits céréaliers en fournissait 23 %. Environ 20 % de l'apport en riboflavine provenait du lait de vache de consommation, et 11,5 % provenait de la viande rouge.

Les viandes et substituts contribuaient à plus de 43,8 % de l'apport en niacine, dont 19 % provenant de la viande rouge et 15 %, de la volaille.

La source principale de vitamine B<sub>6</sub> était le groupe des viandes et substituts (34,3 %), suivi de près par le groupe des légumes et fruits (31,8 %). La plus grande quantité de vitamine B<sub>6</sub> du groupe des légumes et fruits provenait des pommes de terre (12,8 %) et, dans le groupe des viandes et substituts, ce sont la viande rouge (14,4 %) et la volaille (12,2 %) qui constituent les principales sources de cette vitamine.

Les viandes et substituts contribuaient à environ 61,9 % de l'apport en vitamine B<sub>12</sub>, dont un pourcentage de 35,6 % de cette vitamine provenait de la viande rouge. Environ un tiers de l'apport en vitamine B<sub>12</sub> provenait des produits laitiers, et le lait de vache de consommation fournissait presque un quart de cette quantité.

Le groupe des légumes et fruits et le groupe des produits céréaliers fournissaient chacun environ un quart de l'apport en acide folique des adultes du N.-B. La quantité d'acide folique fournie par le groupe des légumes et fruits étaient légèrement plus élevée, mais il est possible que ce résultat ne soit plus exact puisque les produits céréaliers contiennent maintenant une plus grande quantité d'acide folique en raison des modifications apportées aux règlements sur l'enrichissement de la farine et des pâtes depuis l'exécution de cette

## Chapitre 8

enquête. La plus grande quantité d'acide folique (15,5 %) provenait des légumes (excluant les pommes de terre et les jus), puis du pain blanc (7,6 %). Les jus de légumes et de fruits, le lait de vache de consommation, le café, le thé et les fruits contribuaient chacun à environ 6 % de l'apport en acide folique des adultes du N.-B.

Le groupe des légumes et fruits fournissait plus de la moitié de l'apport en vitamine C au régime des adultes de la province (57 %), et les légumes (excluant les pommes de terre) fournissaient plus d'un quart de cette quantité. Les jus de légumes et de fruits constituaient également une importante source de vitamine C (17,2 %), tout comme les fruits (16 %) et les pommes de terre (13 %). Le lait de vache de consommation fournissait 6,7 % de l'apport en vitamine C. Après le groupe des légumes et fruits, le groupe « Autres aliments » constituait la plus grande source de vitamine C; les boissons sucrées et les boissons gazeuses, les croustilles et les autres aliments salés à haute teneur en matières grasses, ainsi que les pommes de terre frites contribuaient chacun 5 % de l'apport en vitamine C.

Tableau 8.3 Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de vitamines sélectionnées (pourcentage de l'apport total)

Groupes alimentaires et aliments sélectionnés	Éléments nutritifs							
	Vitamine A	Thiamine	Riboflavine	Niacine	Vitamine B6	Vitamine B12	Acide folique	Vitamine C
<b>PRODUITS CÉRÉALIERS</b>	<b>0,26</b>	<b>44,68</b>	<b>23,24</b>	<b>25,18</b>	<b>11,28</b>	<b>0,53</b>	<b>24,78</b>	<b>0,01</b>
Pâtes et riz	0,05	6,52	6,09	4,29	1,93	0,20	2,32	0,00
Pain blanc	0,00	8,17	4,79	5,13	1,08	0,00	7,59	0,00
Pains à grains entiers	0,00	2,90	1,15	2,01	1,62	0,01	3,34	0,00
Autres produits céréaliers (pains mollets, craquelins, bagels, muffins anglais, pain pita, crêpes, etc.)	0,11	4,48	2,74	2,60	0,82	0,22	3,50	0,00
Céréales à grains entiers/à haute teneur en fibres	0,04	4,06	0,66	1,50	1,25	0,00	1,39	0,00
Autres céréales de petit-déjeuner	0,00	6,45	0,57	1,50	2,62	0,00	2,18	0,00
<b>LÉGUMES ET FRUITS</b>	<b>38,50</b>	<b>16,25</b>	<b>9,57</b>	<b>10,37</b>	<b>31,80</b>	<b>0,52</b>	<b>26,83</b>	<b>57,00</b>
Légumes (à l'exception des pommes de terre et des jus)	33,88	6,10	5,02	3,77	9,87	0,00	15,49	25,97
Pommes de terre	0,00	6,01	1,36	4,54	12,78	0,00	4,42	13,31
Fruits (à l'exception des jus)	2,25	3,19	2,56	1,25	7,83	0,00	5,50	16,07
Jus de légumes et de fruits	1,61	3,62	1,20	0,79	2,94	0,29	6,25	17,20
Soupes aux légumes	1,66	0,66	0,45	0,63	0,77	0,23	0,74	0,62
<b>PRODUITS LAITIERS</b>	<b>25,78</b>	<b>7,18</b>	<b>26,50</b>	<b>9,56</b>	<b>8,25</b>	<b>31,02</b>	<b>7,74</b>	<b>7,03</b>
Lait de vache de consommation	16,66	6,15	19,91	6,01	6,43	23,60	5,99	6,74
Autre lait (soja, chèvre, etc.)	0,18	0,11	0,30	0,10	0,11	0,29	0,05	0,08
Yogourt	0,19	0,22	0,70	0,11	0,21	0,94	0,35	0,11
Fromage	7,73	0,46	4,62	3,22	1,28	5,28	1,31	0,00
Desserts congelés	1,05	0,26	1,10	0,22	0,28	1,20	0,10	0,09
<b>VIANDES ET SUBSTITUTS</b>	<b>10,31</b>	<b>19,94</b>	<b>26,89</b>	<b>43,76</b>	<b>34,34</b>	<b>61,87</b>	<b>14,81</b>	<b>1,90</b>
Œufs	6,47	1,02	6,55	1,76	2,16	6,91	4,42	0,00
Viande rouge	0,06	12,00	11,54	19,04	14,44	35,64	3,02	0,27
Volaille	1,70	2,69	5,02	14,67	12,17	7,29	1,53	0,30
Poisson et crustacés	0,99	1,20	1,75	5,12	3,48	10,47	1,19	0,54
Légumineuses, noix et beurre de noix, graines, protéines végétales	0,17	1,66	0,85	2,26	1,63	0,15	3,86	0,37
<b>AUTRES ALIMENTS</b>	<b>23,84</b>	<b>7,80</b>	<b>9,94</b>	<b>9,37</b>	<b>9,78</b>	<b>5,49</b>	<b>13,71</b>	<b>11,66</b>
Produits de boulangerie (croissants, gâteau, etc.)	0,36	1,01	0,80	0,68	0,42	0,14	4,60	0,05
Matières grasses (tartinaes, sauces, etc.)	20,55	0,40	1,28	0,35	0,37	1,64	0,28	0,27
Sucres	0,02	0,29	0,45	0,09	0,32	0,00	0,18	0,32
Bonbons, sucettes glacées, gelée	0,08	0,05	0,12	0,04	0,05	0,13	0,05	0,02
Boissons sucrées et boissons gazeuses	0,05	0,72	0,75	0,01	0,22	0,00	0,09	5,48
Croustilles, aliments salés à haute teneur en matières grasses	0,49	0,86	0,59	0,09	1,85	0,26	1,86	4,25
Pommes de terre frites	0,00	1,78	0,40	0,14	2,75	0,00	1,78	4,54
Tablettes de chocolat	0,06	0,30	0,89	0,03	0,22	0,57	0,44	0,00
Alcool	0,01	0,47	1,19	0,11	0,21	0,38	1,81	0,01
Café et thé	0,00	0,03	2,22	0,10	0,06	0,00	5,52	0,00



## ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA SANTÉ ET DE LA NUTRITION

Le présent chapitre fournit des renseignements sur les attitudes à l'égard de la santé et de la nutrition. L'information présentée provient à la fois du Questionnaire sur la nutrition et la santé et du Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments décrits au chapitre 2 (annexe A).

### 9.1 ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA SANTÉ

Dans le cadre du Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments, on a demandé aux répondants s'ils choisissaient ou évitaient certains aliments en raison de leurs préoccupations sur le maintien ou l'amélioration de leur état de santé, afin d'éviter certaines maladies chroniques, telles que les maladies du cœur ou le cancer ou encore en raison de leur teneur en éléments nutritifs (p. ex. teneur en fibres ou en gras). Le Questionnaire sur la santé évaluait les croyances relatives aux facteurs de risque pour les maladies du cœur, dont la perte de poids, la diminution de la tension artérielle et une consommation réduite des aliments riches en gras. D'autres questions tentaient de déterminer si les répondants avaient été conseillés par un professionnel de la santé de perdre du poids ou avisés qu'ils souffraient d'hypertension artérielle ou de diabète.

Les sources d'information sur la santé ont également été examinées. Les répondants ont été interrogés sur la quantité de renseignements qu'ils obtiennent auprès de diverses sources, notamment les médecins, les diététistes, les médias, les étiquettes alimentaires, ainsi que les organismes gouvernementaux et bénévoles. On les a également interrogés sur le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* à la fin du Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments.

Les taux de réponses aux questions sur les attitudes relatives à la santé et à la nutrition étaient élevés (99,8 à 100 %). La seule exception était la question sur la sensibilisation au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, laquelle a obtenu un taux de réponses faible (dans le groupe initialement sondé, l'une des questions n'a obtenu qu'un taux de réponses de 50 %). Cela découle du fait que les questions relatives au guide alimentaire n'ont pas été posées lors de la première entrevue dans le cas des répondants pour lesquels une deuxième entrevue avait été prévue. On voulait ainsi éviter que toute discussion du guide alimentaire au cours de la première entrevue vienne fausser les résultats du rappel alimentaire de 24 heures.

## 9.2 ATTITUDES RELATIVES À LA SANTÉ ET À LA PRÉVENTION DES MALADIES

Les attitudes des répondants à l'égard de la réduction des facteurs de risque pour les maladies du cœur ont été évaluées à l'aide d'une série de questions posées dans le Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments et le Questionnaire sur la nutrition et la santé. Les perceptions des Néo-Brunswickois vis-à-vis des principales causes des maladies du cœur sont présentées au tableau 9.1.

Même si de nombreux répondants n'ont pas indiqué un « style de vie malsain » comme étant une cause des maladies du cœur (9 %), de nombreuses habitudes de vie précises ont été identifiées comme causes probables. Plus d'hommes que de femmes estiment que le tabagisme est un facteur important dans le développement des maladies du cœur (59 % contre 49 %). Les groupes les plus âgés (de 65 à 74 ans), tant chez les hommes que chez les femmes, étaient moins susceptibles d'indiquer le tabagisme comme facteur de risque pour les maladies du cœur. Le manque d'exercice était considéré comme un facteur de risque par 39 % des hommes et 43 % des femmes. Le pourcentage d'adultes estimant qu'un manque d'exercice contribue au développement des maladies du cœur diminuait avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Environ 38 % des hommes et 48 % des femmes affirment que les gras alimentaires étaient une cause principale des maladies du cœur. Dans l'ensemble, plus d'un tiers des Néo-Brunswickois affirment que le stress, l'inquiétude et la tension peuvent mener à des maladies du cœur (35 %).

D'autres facteurs indiqués dans le questionnaire étaient considérés comme n'étant pas étroitement reliés aux maladies du cœur. Contrairement au gras, le cholestérol alimentaire n'était pas identifié par la majorité des répondants comme étant une cause principale des crises cardiaques (14 %). Dans l'ensemble, les mauvaises habitudes alimentaires ont été choisies comme facteur de risque important par 22 % des hommes et 30 % des femmes. Malgré les taux élevés d'embonpoint et d'obésité au Nouveau-Brunswick, seulement 21 % des hommes et 28 % des femmes estiment qu'il s'agit d'une cause majeure des maladies du cœur. Alors que 20 % de la population identifie un taux élevé de cholestérol sanguin comme étant l'une des principales causes des maladies du cœur, le facteur le moins cité par les Néo-Brunswickois comme cause probable des maladies du cœur était l'artériosclérose (4 %). Environ 22 % de la population estime que les antécédents familiaux d'une personne sont un facteur important dans le développement des maladies du cœur.

Comparativement aux hommes, un nombre semblable ou plus élevé de femmes affirment que la plupart des choix possibles sont des facteurs importants dans le développement des maladies du cœur. Les exceptions étaient le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, lesquels ont été choisis davantage par les hommes que par les femmes comme principaux facteurs de risque. Les Néo-Brunswickois âgés de 65 à 74 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, étaient moins susceptibles que la population plus jeune d'identifier la plupart des facteurs énumérés comme étant les principales causes des maladies du cœur.

Tableau 9.1 Croyances à l'égard des principales causes des maladies du cœur (Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n) (163)	De 35 à 49 ans (247)	De 50 à 64 ans (260)	De 65 à 74 ans (183)	De 18 à 34 ans (194)	De 35 à 49 ans (283)	De 50 à 64 ans (297)	De 65 à 74 ans (189)
Tabagisme	59	61	53	43	56	50	49	4
Hypertension artérielle	11	13	17	12	17	15	12	10
Cholestérol sanguin élevé	24	18	22	14	27	21	19	15
Manque d'exercice	42	47	34	31	51	49	37	33
Artériosclérose/ épaississement des parois artérielles	3	4	7	3	<1	5	3	5
Mauvaise alimentation/ mauvaises habitudes alimentaires	25	28	21	18	28	33	33	26
Excédent de poids/obésité	14	23	24	22	25	32	29	28
Gras alimentaire : aliments riches en gras/ alimentation riche en gras	43	37	28	42	49	51	42	49
Cholestérol alimentaire/ cholestérol dans les aliments	14	15	14	10	20	20	13	11
Antécédents familiaux/hérédité	14	21	24	15	23	30	27	22
Stress/inquiétude/tension	31	37	37	33	33	41	39	30
Alcool/ excès d'alcool	14	14	18	22	15	9	14	14
Style de vie malsain	8	6	10	8	9	7	13	9

Dans le Questionnaire sur la fréquence de consommation, on a demandé aux répondants s'ils choisissaient ou évitaient certains aliments afin d'améliorer leur état de santé ou de prévenir l'incidence de maladies chroniques (tableau 9.2). Dans l'ensemble, les facteurs les plus susceptibles d'influer sur les choix alimentaires étaient 1) le maintien ou l'amélioration d'un état de santé (65 %), 2) un gain de poids (46 %) et 3) les maladies du cœur (40 %). Dans l'ensemble, les hommes et les femmes ont choisi ces trois facteurs dans le même ordre. Toutefois, le pourcentage d'hommes ayant choisi la perte de poids plutôt que les maladies du cœur était inférieur à 5 %, tandis que chez les femmes, l'écart entre ces deux facteurs atteignait presque 15 %. Les femmes étaient plus susceptibles de choisir ou d'éviter certains aliments en raison des préoccupations de santé mentionnées. Ces

résultats cadrent bien avec ceux de l'enquête Nutrition : évolution et tendances menée par l'Institut national de la nutrition (1997), selon laquelle plus de femmes que d'hommes considèrent la nutrition comme étant très importante ou extrêmement importante et que les femmes sont plus susceptibles d'affirmer qu'elles ont adopté des habitudes alimentaires saines ou qu'elles prévoient le faire dans un proche avenir. Avec l'âge, les femmes ont plus tendance à faire des choix alimentaires en fonction de leurs préoccupations de santé, mais une tendance semblable n'a pu être observée chez les hommes. Dans tous les cas, sauf pour l'ostéoporose et le gain de poids, les hommes âgés de 18 à 34 ans étaient moins susceptibles de faire des choix alimentaires en fonction de leurs préoccupations de santé. Certaines préoccupations de santé exercent beaucoup plus d'influence sur les choix alimentaires des femmes que sur ceux des hommes, par exemple le maintien ou l'amélioration de l'état de santé (74 % des femmes contre 55 % des hommes), l'ostéoporose (32 % des femmes contre 6 % des hommes), le cancer (27 % des femmes contre 13 % des hommes) et le gain de poids (59 % des femmes contre 33 % des hommes).

Tableau 9.2 Choisir ou éviter certains aliments en raison des préoccupations de santé (Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n) (163)	De 35 à 49 ans (247)	De 50 à 64 ans (260)	De 65 à 74 ans (183)	De 18 à 34 ans (194)	De 35 à 49 ans (283)	De 50 à 64 ans (297)	De 65 à 74 ans (189)
Maintenir ou améliorer son état de santé	42	56	64	58	64	76	77	78
Maladies du cœur	22	32	48	43	26	43	53	52
Cancer	9	14	17	13	18	31	33	27
Ostéoporose	5	7	7	5	22	31	39	36
Hypertension artérielle	15	21	35	29	18	31	39	44
Diabète	9	11	22	18	13	22	30	27
Gain de poids	33	31	37	30	59	61	58	57

Le Questionnaire sur la santé utilisé dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick comprenait plusieurs questions pour déterminer si les répondants avaient été conseillés par un médecin ou par un autre professionnel de la santé de perdre du poids ou avisés qu'ils souffraient d'hypertension artérielle ou de diabète (se reporter au tableau 9.3).

Le nombre d'adultes qui affirment avoir été informés de leur hypertension artérielle augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. En tout, 27 % des Néo-Brunswickois ont été avisés de leur hypertension artérielle. Ce chiffre est comparable aux 26 % des Néo-Brunswickois qui souffraient d'hypertension artérielle en 1997 d'après le rapport sur l'état de santé préparé par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique. Le résultat selon lequel plus de femmes que d'hommes ont signalé leur hypertension artérielle cadre bien avec les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Fondation des maladies du cœur, 2003). Parmi les hommes âgés

de 50 à 74 ans, 15 % estiment que l'hypertension peut causer des crises cardiaques, contre 37 % chez les hommes avisés de leur hypertension artérielle; pour les femmes du même groupe d'âge, seules 11 % associent l'hypertension aux crises cardiaques, même si 43 % ont été avisées de leur hypertension artérielle. Ces chiffres démontrent que parmi les adultes informés de leur hypertension artérielle, une proportion élevée ne connaît pas le lien qui existe entre l'hypertension et les crises cardiaques. Il est à noter que l'hypertension artérielle, lorsqu'elle est signalée par le répondant, ne signifie pas nécessairement que la personne souffre d'hypertension chronique. Parmi les groupes plus jeunes (âgés de 18 à 34 ans et de 35 à 49 ans), le pourcentage d'hommes et de femmes qui ont affirmé éviter certains aliments en raison de leurs préoccupations face à l'hypertension artérielle est supérieur à celui des hommes et des femmes avisés de leur hypertension artérielle. Le pourcentage des femmes plus âgées (de 50 à 64 ans et de 65 à 74 ans) et des hommes âgés de 50 à 64 ans qui font leurs choix alimentaires en fonction de leurs préoccupations face à l'hypertension artérielle est identique au nombre de répondants qui affirment avoir été informés de leur hypertension artérielle. Toutefois, dans le groupe d'hommes le plus âgé (65 à 74 ans), seuls 29 % ont déclaré que l'hypertension artérielle était une raison pour choisir ou éviter certains aliments, alors que 38 % affirment avoir été informés de leur hypertension artérielle.

Les statistiques sur les diagnostics du diabète signalés par les répondants dans cette enquête indiquent que les préoccupations concernant le rôle que jouent les choix alimentaires dans l'incidence du diabète sont plus importantes que le nombre de personnes qui en sont réellement atteintes. L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a signalé une incidence plus élevée du diabète que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes terminée en 2000, selon laquelle seulement 5,8 % des Néo-Brunswickois se sont dits atteints du diabète (Fondation des maladies du cœur, 2003). Les adultes du Nouveau-Brunswick qui choisissent ou évitent certains aliments en raison de leurs préoccupations face au diabète sont au moins deux fois plus nombreux que ceux qui ont été informés de leur diabète (19 % contre 9 %). Les adultes de tous les groupes d'âge-sexe choisissent certains aliments en raison de leurs préoccupations face au diabète, sauf les hommes âgés de 65 à 74 ans pour qui ce pourcentage est un pour cent inférieur à ceux chez qui on a diagnostiqué le diabète.

La différence la plus marquante entre les choix alimentaires faits selon des préoccupations de santé et ceux faits après une consultation médicale a trait à la perte de poids. Le gain de poids a une plus grande incidence sur les choix alimentaires de la population du Nouveau-Brunswick en général que sur les personnes qui affirment avoir été conseillées par un professionnel de la santé de perdre du poids. Même si environ 33 % de tous les hommes font certains choix alimentaires en fonction de leurs préoccupations face au gain de poids, seulement 7 % affirment avoir été conseillés par un professionnel de la santé de perdre du poids. Près de 59 % des femmes utilisent le gain de poids comme motif pour choisir ou éviter certains aliments, alors que seulement 7 % ont été conseillées de perdre du poids. Malgré le pourcentage plus élevé de personnes qui tentent d'éviter un gain de poids, ce chiffre est toujours inférieur au pourcentage de personnes considérées comme obèses ou en surpoids, comme le décrit le chapitre 6 (61 % des femmes et 74 % des hommes). Même si plus d'hommes que de femmes au Nouveau-Brunswick sont obèses ou

en surpoids, les hommes sont moins nombreux à choisir ou à éviter certains aliments pour limiter leur gain de poids. Le pourcentage d'adultes conseillés de perdre du poids augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, jusqu'au groupe d'âge des 50 à 64 ans, puis il diminue de nouveau parmi le groupe d'hommes et de femmes le plus âgé (de 65 à 74 ans). Cet écart est probablement attribuable aux taux élevés d'embonpoint et d'obésité dans la province, ce qui explique pourquoi les consommateurs sont davantage préoccupés par le gain de poids que par d'autres problèmes de santé qu'un professionnel de la santé aurait pu leur signaler. Les femmes sont particulièrement préoccupées par le gain de poids dans notre société et, par conséquent, il n'est pas surprenant de constater que le pourcentage de femmes soucieuses de leur poids est supérieur au pourcentage de femmes qui sont réellement obèses ou en surpoids.

Une autre préoccupation soulevée par cette conclusion était le faible nombre d'adultes qui affirment avoir été conseillés de perdre du poids par un professionnel de la santé par rapport au taux élevé d'embonpoint et d'obésité dans la province. La rangée inférieure de données du tableau 9.3 indique le pourcentage total d'adultes obèses dans chaque groupe d'âge-sexe (provenant du tableau 6.1) Dans la plupart des groupes d'âge-sexe, le pourcentage d'adultes obèses était environ trois fois le pourcentage de répondants qui affirment avoir été conseillés par un professionnel de la santé de perdre du poids. Dans le cas des deux groupes d'hommes les plus jeunes, le taux d'obésité était de 5 à 10 fois le pourcentage de ceux qui affirment avoir été conseillés de perdre du poids. Le comité d'experts recommande que cette situation soit examinée de plus près (voir le chapitre 11), puisqu'il indique que les médecins et les autres professionnels de la santé doivent adopter une approche davantage proactive pour aborder la question de la perte de poids auprès de leurs patients.

Tableau 9.3 Diagnostic signalé pour certains problèmes de santé  
(Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a informé que vous aviez :	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 49 ans	De 50 à 64 ans	De 65 à 74 ans
	(n)							
de l'hypertension artérielle	(163) 9	(247) 17	(259) 35	(183) 38	(194) 14	(282) 21	(297) 40	(189) 45
le diabète	(163) <1	(247) <1	(259) 15	(183) 19	(194) 6	(282) 9	(297) 10	(189) 14
un excédent de poids	(163) 2	(247) 5	(260) 12	(183) 9	(194) 5	(283) 8	(297) 11	(189) 8
Taux d'obésité (%)	25	28	35	25	18	28	31	23

### 9.3 FAÇONS PERÇUES POUR AMÉLIORER LES HABITUDES ALIMENTAIRES

Le Questionnaire sur la nutrition et la santé a énuméré un certain nombre de changements alimentaires, et les participants ont dû indiquer lesquels étaient susceptibles d'améliorer les habitudes alimentaires d'une personne (annexe A). Le tableau 9.4 présente les résultats des diverses mesures nutritionnelles offertes aux répondants comme choix possibles.

Les femmes en général et dans presque tous les groupes d'âge-sexe étaient plus susceptibles d'indiquer que toutes les mesures nutritionnelles proposées étaient des façons de manger plus sainement. Ces résultats cadrent bien avec ceux de l'enquête menée par l'American Dietetic Association (2002), laquelle a déterminé que les femmes étaient plus susceptibles de connaître les bienfaits de certains aliments sur la santé. Même si les pourcentages étaient différents dans l'ensemble, les hommes et les femmes avaient des opinions semblables en ce qui a trait à l'importance qu'ils accordaient aux mesures nutritionnelles proposées pour manger sainement. Les habitudes alimentaires saines choisies ne suivent aucune tendance selon l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.

L'habitude alimentaire choisie par la plupart des Néo-Brunswickois pour améliorer la nutrition était un régime faible en gras saturés, même si cette mesure a été choisie par moins de la moitié de la population adulte (48 %) dans l'ensemble. Un régime riche en légumes et fruits était le deuxième choix – 29 % des hommes et 41 % des femmes ont indiqué qu'il s'agissait d'une mesure nutritionnelle permettant de manger sainement. Le groupe d'hommes et de femmes le plus jeune (de 18 à 34 ans) était le plus susceptible que les Néo-Brunswickois plus âgés de choisir un régime riche en légumes et fruits comme stratégie de santé. L'utilisation de méthodes de cuisson faibles en gras était l'un des choix les plus populaires et a été recommandée comme mesure de santé par un quart de la population dans l'ensemble. Seulement 23 % des Néo-Brunswickois estiment que l'utilisation du sel ou du sodium en modération est une façon d'améliorer ses habitudes alimentaires, comparativement aux 29 % qui affirment faire des choix alimentaires en fonction de leurs préoccupations face à l'hypertension artérielle (tableau 9.2) et aux 27 % chez qui on a diagnostiqué l'hypertension artérielle (tableau 9.3). Environ 20 % des adultes du Nouveau-Brunswick estiment que les personnes doivent adopter un régime faible en cholestérol, ce qui équivaut au pourcentage de personnes affirmant qu'un taux de cholestérol sanguin élevé est une cause majeure des maladies du cœur (tableau 9.2). Les femmes âgées de 18 à 34 ans et de 34 à 49 ans étaient plus susceptibles que tout autre groupe d'âge-sexe de croire que l'adoption d'un régime riche en fibres était essentielle à la santé (20 %), malgré le fait que les apports moyens en fibres de ces deux groupes étaient les plus faibles et que seulement 1 % des femmes issues de ces groupes d'âge avaient un apport moyen en fibres qui atteignait l'Apport suffisant (voir le chapitre 5).

L'habitude alimentaire la moins importante aux yeux des hommes était la consommation d'au moins 2 portions de produits laitiers par jour, alors que les femmes étaient moins susceptibles d'indiquer qu'un régime riche en produits céréaliers, tels que le pain, les

céréales, le riz et les pâtes alimentaires, était aussi important que d'autres habitudes alimentaires. Moins de 10 % des femmes et moins de 5 % des hommes estiment que la consommation d'au moins 2 portions de produits laitiers par jour était une façon d'améliorer ses habitudes alimentaires. La recommandation concernant les produits laitiers était la mesure nutritionnelle la moins populaire chez les femmes âgées de 50 à 64 ans; comparativement aux femmes des autres groupes d'âge, ces femmes estimaient que cette stratégie alimentaire était moins bénéfique pour la santé. Le fait de lire les étiquettes était lui aussi un choix peu populaire auprès des répondants; dans l'ensemble, moins de 8 % des Néo-Brunswickois reconnaissent qu'il s'agit d'une façon d'améliorer ses habitudes alimentaires.

Tableau 9.4 Façons perçues pour améliorer les habitudes alimentaires  
(Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n) (163)	De 35 à 49 ans (247)	De 50 à 64 ans (260)	De 65 à 74 ans (183)	De 18 à 34 ans (194)	De 35 à 49 ans (283)	De 50 à 64 ans (297)	De 65 à 74 ans (189)
Utiliser le sel ou le sodium en modération	17	21	23	22	24	25	25	27
Choisir un régime alimentaire à faible teneur en graisses saturées	50	48	37	37	64	54	45	50
Adopter un régime riche en légumes et fruits	36	27	28	26	49	44	37	35
Consommer le sucre seulement avec modération	10	15	12	22	18	19	20	25
Choisir un régime alimentaire riche en fibres	8	12	11	8	20	20	14	16
Agrémenter son alimentation par la variété	14	19	15	10	18	20	18	11
Choisir un régime alimentaire à faible teneur en cholestérol	20	16	22	18	20	21	21	19
Choisir un régime riche en produits céréaliers : pains, céréales, riz et pâtes	5	5	7	2	10	10	10	5
Manger au moins 2 portions de produits laitiers par jour	6	4	4	4	11	11	6	10
Employer des méthodes de cuisson utilisant peu de matières grasses	24	23	15	19	21	33	29	33
Lire les étiquettes de produits alimentaires	7	5	6	4	16	13	7	3

Le tableau 9.5 indique les résultats d'une série de questions provenant du Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments, lequel demandait aux répondants s'ils choisissaient ou évitaient certains aliments en fonction de leur teneur en éléments nutritifs. Tout comme pour les questions susmentionnées, il a été établi que parmi tous les groupes d'âge-sexe, les femmes étaient les plus susceptibles de choisir ou d'éviter certains aliments en fonction de tous les éléments nutritifs énumérés. Dans la plupart des cas, les hommes et les femmes âgés de 18 à 34 ans étaient moins susceptibles que les adultes plus âgés du même sexe de choisir ou d'éviter certains aliments en fonction de leur teneur en éléments nutritifs. Par conséquent, les hommes du groupe le plus jeune (de 18 à 34 ans) se préoccupaient le moins des éléments nutritifs au moment de choisir leurs aliments. Les

hommes âgés de 50 à 64 ans étaient plus susceptibles que les hommes des autres groupes d'âge d'examiner les composantes nutritionnelles au moment de faire leurs choix alimentaires. L'utilisation de composantes nutritionnelles comme méthode de base pour choisir ou éviter certains aliments augmentait avec l'âge dans le cas des femmes pour la plupart des choix énumérés.

Dans l'ensemble, environ 40 % des hommes et 59 % des femmes ont affirmé qu'ils choisissaient des aliments en fonction de leur teneur en éléments nutritifs. Au moins la moitié de toutes les femmes de la province basent leurs choix alimentaires sur une caractéristique nutritionnelle quelconque. De même, la American Food Marketing Institute (1997) et l'Institut national de la nutrition du Canada (1997) ont établi que les femmes sont davantage préoccupées par des questions alimentaires précises que les hommes et qu'elles ont plus tendance à suivre des recommandations afin de manger sainement. Tant chez les hommes que chez les femmes, la teneur en gras était la raison la plus populaire pour éviter certains aliments (52 % des hommes et 72 % des femmes). Ces résultats cadrent bien avec ceux de l'enquête Nutrition : évolution et tendances (1997), selon laquelle les matières grasses constituent la première préoccupation alimentaire des hommes et des femmes au Canada, parmi une liste de plusieurs choix possibles. Le deuxième point le plus important pour les femmes est la teneur en gras non saturé (60 %), suivi de la teneur en fibres (54 %) et de l'évitement du gras saturé (53 %). Après la teneur en gras, les hommes ont tendance à vouloir éviter le cholestérol (41 %) et choisir des aliments pour leur teneur en fibres (39 %) et leur teneur en gras non saturé (39 %). Parmi les choix possibles, la teneur en sucre était la raison la moins citée par les deux sexes pour choisir ou éviter certains aliments.

Tableau 9.5 Choisir ou éviter certains aliments en fonction de leur teneur en éléments nutritifs (Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (n)	De 50 à 64 ans (n)	De 65 à 74 ans (n)	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (n)	De 50 à 64 ans (n)	De 65 à 74 ans (n)
Choisir en fonction de leur teneur en éléments nutritifs	41 (163)	40 (247)	43 (259)	37 (182)	51 (194)	66 (282)	60 (297)	58 (189)
Choisir en fonction de leur teneur en gras non saturé	26	39	51	41	45	65	65	66
Choisir en fonction de leur teneur en fibres	30	36	46	42	39	54	62	62
Éviter les gras	35	49	64	59	68	72	73	74
Éviter le sel	17	34	47	49	36	46	55	62
Éviter le cholestérol	24	35	59	47	36	53	61	60
Éviter le sucre	19	28	34	37	33	47	53	50
Éviter les gras saturés	25	32	48	37	40	52	59	60

## 9.4 SOURCES D'INFORMATION POUR MANGER SAINEMENT

Le Questionnaire sur la nutrition et la santé utilisé dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick (annexe A) demandait entre autres aux participants où ils obtenaient leur information nutritionnelle. Les sources citées incluaient les médecins et les diététistes, les médias sous diverses formes, les étalages dans les épicerie, les emballages des aliments, ainsi que les organismes bénévoles et gouvernementaux. On a demandé aux participants d'évaluer chaque source selon la quantité d'information qu'elle leur fournissait (aucune, un peu ou beaucoup). Le tableau 9.5 indique comment les Néo-Brunswickois ont répondu à cette question.

Les sources utilisées pour fournir le plus d'information nutritionnelle aux Néo-Brunswickois varient selon le sexe. Comme dans les autres sections de l'étude, plus de femmes que d'hommes affirment utiliser presque toutes les sources indiquées afin d'obtenir de l'information nutritionnelle. La majorité des femmes affirment que les livres (32 %) leur fournissent beaucoup d'information nutritionnelle, suivis de près des étiquettes alimentaires ou des emballages (31 %). La plus grande proportion d'hommes ont indiqué que les diététistes ou les nutritionnistes (16 %) leur fournissaient beaucoup d'information nutritionnelle, suivies des étiquettes alimentaires ou des emballages (15 %). Ces résultats diffèrent de ceux l'enquête Nutrition : évolution et tendances, laquelle indiquait que les femmes dépendaient principalement des étiquettes alimentaires pour obtenir leur information nutritionnelle, alors que les hommes avaient tendance à obtenir leur information par le biais d'émissions de télévision et de radio (l'Institut national de la nutrition, 1997).

Les hommes (81 %) et les femmes (76 %) ont affirmé que les services gouvernementaux ne fournissaient aucune information nutritionnelle. De plus, une proportion élevée d'hommes ont indiqué que les dépliants et les étalages en magasin ne leur fournissaient aucun conseil pour manger sainement (75 %).

Tableau 9.6 Sources d'information pour manger sainement  
(Pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (247)	De 50 à 64 ans (260)	De 65 à 74 ans (183)	De 18 à 34 ans (194)	De 35 à 49 ans (283)	De 50 à 64 ans (297)	De 65 à 74 ans (189)
<b>Médecin</b>								
beaucoup d'information	4	8	15	12	14	9	10	12
un peu d'information	23	22	29	26	26	27	32	27
aucune information	62	59	51	59	54	56	55	57
ne sais pas/aucune réponse	12	10	5	2	5	8	3	3
<b>Diététistes ou nutritionnistes</b>								
beaucoup d'information	5	16	20	21	18	18	27	26
un peu d'information	8	7	14	16	12	15	14	15
aucune information	70	61	56	57	55	53	49	52
ne sais pas/aucune réponse	17	16	10	7	16	13	10	7
<b>Livres</b>								
beaucoup d'information	7	10	14	11	31	31	36	28
un peu d'information	28	33	33	23	38	44	32	34
aucune information	57	52	50	60	28	23	30	34
ne sais pas/aucune réponse	8	5	3	6	3	3	3	4
<b>Articles de journaux ou de magazines</b>								
beaucoup d'information	5	8	15	11	24	31	33	26
un peu d'information	41	46	40	37	54	47	42	50
aucune information	49	43	43	47	22	22	25	23
ne sais pas/aucune réponse	6	3	2	5	0	0	1	1
<b>Émissions de télévision</b>								
beaucoup d'information	7	8	9	13	22	20	18	23
un peu d'information	57	51	46	38	51	47	45	42
aucune information	35	39	44	47	27	33	36	35
ne sais pas/aucune réponse	2	2	1	2	0	0	1	0
<b>Dépliants ou étalages en magasin</b>								
beaucoup d'information	1	3	3	2	10	8	11	10
un peu d'information	20	21	14	14	36	37	28	25
aucune information	72	70	79	77	51	53	58	63
ne sais pas/aucune réponse	7	7	5	7	3	2	3	3
<b>Étiquettes alimentaires ou emballages</b>								
beaucoup d'information	20	13	13	12	31	32	35	27
un peu d'information	23	36	29	23	43	42	38	35
aucune information	54	50	56	58	24	26	27	38
ne sais pas/aucune réponse	4	1	2	6	2	<1	<1	0
<b>Organismes bénévoles<sup>1</sup></b>								
beaucoup d'information	3	2	5	5	3	8	9	8
un peu d'information	13	15	18	14	23	24	20	18
aucune information	75	76	72	76	66	61	63	66
ne sais pas/aucune réponse	8	6	4	4	9	6	8	7
<b>Services gouvernementaux<sup>2</sup></b>								
beaucoup d'information	2	3	3	2	5	3	4	1
un peu d'information	12	13	8	6	19	15	6	7
aucune information	78	78	83	86	67	73	80	83
ne sais pas/aucune réponse	8	6	6	6	9	9	9	9

<sup>1</sup> P. ex. la Fondation des maladies du cœur, la Société canadienne du cancer, etc.

<sup>2</sup> P. ex. Services de santé publique

9.4.1 Connaissance et utilisation du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*

À la fin du Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments, les intervieweurs ont interrogé les participants sur leur connaissance et leur utilisation du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Pour ne pas fausser les résultats du deuxième rappel alimentaire de 24 heures, les participants pour qui une deuxième entrevue avait été prévue n'ont pas eu à répondre à ces questions au cours de la séance initiale. Les réponses aux questions concernant le guide alimentaire sont présentées au tableau 9.7. Il est important de se rappeler que ces résultats ne sont pas aussi fiables puisqu'ils incluent les réponses d'un segment de la population beaucoup plus restreint que dans le reste de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick.

Parmi les Néo-Brunswickois ayant répondu à cette partie du questionnaire, près des trois quarts affirment qu'ils étaient au courant du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (72%). Les hommes sont moins susceptibles de connaître le guide alimentaire que les femmes (61 % contre 84 %). Les groupes plus jeunes (âgés de 18 à 34 ans et de 35 à 49 ans), tant chez les hommes que chez les femmes, connaissaient davantage le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. La catégorie d'âge-sexe où la proportion de personnes connaissant le guide alimentaire était la plus faible était les hommes âgés de 65 à 74 ans (39 %). Environ 94 % des femmes âgées de 35 à 49 ans ont affirmé être au courant du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.

On a demandé à celles qui étaient au courant du guide alimentaire d'indiquer comment elles l'utilisaient. Plus de femmes que d'hommes ont affirmé utiliser le guide alimentaire de toutes les façons énumérées, peu importe leur âge. Il n'existait aucune tendance liée à l'âge pour ce qui est de l'utilisation du guide alimentaire. L'utilisation la plus répandue du guide alimentaire, tant chez les hommes que chez les femmes, est la planification et le choix des repas à la maison; environ un quart des femmes âgées de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans ont affirmé l'utiliser de cette façon. Le guide était utilisé moins souvent pour faire l'épicerie, la plus forte proportion de personnes à l'utiliser ainsi se trouvant dans les deux mêmes groupes de femmes (35 à 49 ans et 50 à 64 ans). Très peu de personnes ont affirmé utiliser le guide alimentaire pour faire leurs choix alimentaires au restaurant (4 % des femmes et 1 % des hommes).

Tableau 9.7 Connaissance et utilisation du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (pourcentage de la population selon l'âge et le sexe)

	Hommes				Femmes			
	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (n)	De 50 à 64 ans (n)	De 65 à 74 ans (n)	De 18 à 34 ans (n)	De 35 à 49 ans (n)	De 50 à 64 ans (n)	De 65 à 74 ans (n)
<b>Êtes-vous au courant du <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i>?</b>	(116)	(158)	(187)	(134)	(130)	(192)	(204)	(124)
Pourcentage ayant répondu « oui »	70	74	59	39	91	94	83	69
<b>L'utilisez-vous?</b>	(80)	(117)	(109)	(53)	(118)	(179)	(168)	(86)
Pourcentage ayant répondu « oui »	17	22	23	32	33	50	52	49
<b>Comment l'utilisez-vous?</b>	(163)	(247)	(259)	(183)	(194)	(282)	(296)	(189)
Pourcentage ayant répondu :								
Pour acheter de la nourriture	2	5	4	3	8	16	15	12
Pour planifier ou choisir les repas à la maison	6	7	8	9	18	26	26	17
Pour choisir les aliments au restaurant	0	1	2	1	4	5	4	4

## **10** SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

La dernière section du questionnaire sur la nutrition et la santé portait sur la sécurité alimentaire (annexe A). Les questions abordaient des sujets tels que l'utilisation des banques alimentaires ou des soupes populaires, les raisons pour lesquelles la personne ou la famille manque de nourriture et la fréquence du manque de nourriture. Il existe une multitude de raisons pourquoi les gens qui vivent dans la pauvreté sont plus susceptibles de contracter une maladie, dont l'une est le manque de revenu suffisant pour acheter des aliments nutritifs (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003). Un des objectifs de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick était d'évaluer la prévalence de l'insécurité alimentaire. Le présent chapitre aborde rapidement la question de la sécurité alimentaire étant donné qu'on a uniquement obtenu des données pour deux des questions sur le sujet et que le taux de réponse était faible (52 %). Une raison qui explique le faible taux de réponse est le fait que les interviewers se sentaient mal à l'aise de poser les questions et les répondants, d'y répondre. Un interviewer a aussi fait valoir qu'un grand nombre de Néo-Brunswickois à faible revenu changent souvent d'adresse, et qu'il est par conséquent plus difficile de les trouver pour une entrevue. Il est donc possible que le pourcentage de personnes à faible revenu et qui manquent de nourriture au Nouveau-Brunswick soit sous-estimé dans la présente étude.

### 10.1 RECOURS AUX BANQUES ALIMENTAIRES

L'augmentation du recours aux banques alimentaires dans tout le pays montre le nombre croissant de Canadiens qui n'ont pas accès à une quantité suffisante de nourriture. Selon l'Association canadienne des banques alimentaires (1997), le nombre de personnes qui ont recours aux banques alimentaires a plus que doublé entre 1989 et 1997. Dans une des questions de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick portant sur la sécurité alimentaire, on demandait si la personne avait obtenu de la nourriture auprès d'une banque alimentaire ou d'une soupe populaire au cours du dernier mois. Sur les 946 personnes qui ont répondu à la question, 2 % ont affirmé avoir fréquenté une banque alimentaire ou une soupe populaire au cours du dernier mois, et 98 % ont répondu ne pas y être allé. Les résultats sont comparables à ceux de l'enquête Bilan-Faim 1997 de l'Association canadienne des banques alimentaires indiquant que 2,28 % de la population du Nouveau-Brunswick a reçu de l'aide alimentaire d'urgence.

### 10.2 INSUFFISANCE ALIMENTAIRE

Dans le questionnaire sur la nutrition et la santé, on a demandé aux répondants d'indiquer le niveau de suffisance alimentaire dans leur ménage selon qu'il y a toujours assez de nourriture, qu'il manque parfois de nourriture ou qu'il manque souvent de nourriture. Sur les 946 répondants, 97 % signalaient toujours avoir assez de nourriture; 2 %, manquaient parfois de nourriture; et 1 % affirmaient manquer souvent de nourriture. Cela confirme la

probabilité que le pourcentage de Néo-Brunswickois qui manquent de nourriture est plus grand que le pourcentage de personnes qui ont obtenu de l'aide alimentaire d'urgence (c.-à-d. que 3 % n'ont pas assez de nourriture comparativement à 2 % qui ont recours aux banques alimentaires et aux soupes populaires).

Dans la section du profil démographique, on a demandé aux personnes interrogées d'indiquer le revenu brut pour le ménage au complet d'après des plages qui commençaient à moins de 5 000 \$ et se terminaient à 60 000 \$ et plus (voir l'annexe A). Il est possible d'utiliser les Seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada pour décrire les différents niveaux de revenu adéquat du ménage. Les ménages dont le revenu est inférieur aux SFR sont généralement confrontés à des difficultés financières. Plus de 55 % de leur revenu sert à se procurer les nécessités de base comme la nourriture, le logement et l'eau (Conseil canadien de développement social, 1992, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999) Cela mène à un niveau de vie inférieur et à des privations, étant donné qu'il reste peu ou pas d'argent pour répondre aux autres besoins, comme les soins de santé, les fournitures pour la maison, le transport, l'éducation, les loisirs, etc., (Conseil canadien de développement social, 1992). Un revenu inférieur aux SFR n'est pas un indicateur définitif de pauvreté et n'entraîne pas toujours des pénuries alimentaires, mais il sous-entend que les personnes vivant dans un ménage à faible revenu courent plus de risques de ne pas combler leurs besoins alimentaires.

Le chapitre 4 décrit les niveaux de revenu adéquat selon la taille et le revenu du ménage (voir le tableau 4.3). Les hommes et les femmes du groupe d'âge de 18 à 34 ans présentaient la plus forte proportion d'adultes compris dans le groupe au revenu le plus faible, ce qui rend ce segment de la population le plus à risque d'avoir une carence en apports nutritionnels. Une raison pouvant contribuer à cette situation est le fait qu'une partie de la population des jeunes adultes suit probablement des études postsecondaires pendant une bonne partie de l'année. Il est important de signaler que même si l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a seulement évalué les besoins nutritionnels des adultes, il y a de fortes chances qu'un bon nombre des personnes des niveaux de revenu adéquat faible et plus faible aient des enfants, qui sont par le fait même aussi à risque de souffrir de la faim et de carences nutritives. Les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans comptaient le pourcentage le plus important d'adultes dans la catégorie du revenu faible et le plus faible (36 % des hommes et 38 % des femmes). En accord avec les résultats du Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes (1996), les femmes de plus de 65 ans étaient plus susceptibles d'avoir les plus faibles revenus comparativement aux hommes du même groupe d'âge. Les statistiques semblent indiquer que les Néo-Brunswickois plus âgés, surtout les femmes, présentent un risque élevé de souffrir de carences nutritionnelles parce qu'ils n'ont pas assez d'argent pour acheter des aliments sains ou une quantité suffisante de nourriture.

### 10.3 REVENU ADÉQUAT ET APPORTS NUTRITIONNELS

Un grand nombre de familles à faible revenu s'inquiètent de ne pas avoir assez d'argent pour acheter des aliments nutritifs. Une étude menée en 1997 par l'Institut national de la nutrition (INN) a déterminé que 20 % des Canadiens dont le revenu du ménage est inférieur à 25 000 \$ affirment ne pas avoir assez d'argent pour manger sainement. Des rapports de Statistique Canada (2001a) signalent qu'en 1998-1999, 30 % des Canadiens à faible revenu et 12 % des ménages à revenu moyen ont affirmé qu'une insécurité alimentaire avait nuit à leur apport alimentaire.

Le tableau 10.1 illustre les apports nutritionnels moyens des Néo-Brunswickois selon les niveaux de revenu adéquat décrits au chapitre 4 (voir la section 4.6). Les apports en macronutriments étaient semblables chez les Néo-Brunswickois des divers niveaux de revenu adéquat. Chez tous les groupes, les apports moyens en matière grasse dépassaient 30 % et les personnes à niveau de revenu moyen présentaient l'apport en matière grasse le plus élevé, exprimé sous forme de pourcentage des calories. Les apports moyens de tous les nutriments étaient les plus bas chez les personnes faisant partie de la tranche de revenu la plus basse, ce qui indique qu'elles sont le plus à risque de souffrir d'une carence des nutriments comparativement aux adultes touchant des revenus plus élevés. Cela s'applique particulièrement à l'acide folique, à la vitamine C, au calcium, aux fibres et au magnésium, pour lesquels tous les groupes avaient un apport moyen faible peu importe le niveau de revenu et pour lesquels une prévalence élevée d'insuffisance a été observée chez la population globale adulte du N.-B. (voir les sections 5.3.2 et 5.3.3). L'apport moyen en vitamine C était le plus faible pour le groupe au faible revenu. Le groupe au faible revenu avait aussi des apports moyens en calcium et en magnésium inférieurs à ceux des groupes touchant des revenus supérieurs, mais les apports en d'autres nutriments étaient généralement semblables. Les apports de la plupart des micronutriments étaient semblables chez les adultes des ménages à moyen revenu et à revenu élevé.

Tableau 10.1 Apport moyen en nutriment<sup>1</sup> selon le niveau de revenu adéquat

	Revenu plus faible			Revenu faible			Revenu moyen			Revenu moyen supérieur/ le plus élevé		
	Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]	
Moyenne												
Protéines	16,2	15,5	16,9	16,4	15,6	17,1	16,2	15,6	16,7	16,4	16,0	16,8
Glucides	50,7	48,4	53,0	50,1	48,9	51,3	50,0	48,6	50,4	50,4	49,7	51,1
Matières grasses totales	31,4	29,2	33,6	32,6	31,5	33,7	33,2	32,4	34,1	31,9	31,2	32,5
Gras saturé	10,7	9,8	11,6	11,0	10,4	11,5	11,4	11,0	11,8	11,2	10,9	11,5
Gras polyinsaturé	4,8	4,4	5,2	5,3	4,8	5,9	5,5	5,3	5,8	5,4	5,2	5,5
Gras monoinsaturé	12,6	11,7	13,6	13,1	12,7	13,5	13,0	12,6	13,4	12,5	12,2	12,9
Cholestérol	234,6	207,9	261,3	264,8	244,4	285,2	270,1	257,2	283,1	258,5	250,0	267,1
Fibres	12,2	11,1	13,4	15,4	13,2	15,8	14,7	13,8	15,5	15,0	14,4	15,6
Sodium	2864	2601	3127	3000	2633	3367	3173	3022	3325	3041	2930	3152
Potassium	2604	2289	2919	2885	2607	3163	2972	2829	3115	2925	2829	3021
Calcium	644	575	714	652	602	703	731	699	763	745	721	769
Phosphore	1160	1022	1299	1251	1101	1401	1326	1266	1386	1323	1277	1369
Magnésium	248	219	277	274	242	307	285	273	298	286	276	295
Fer	12,4	10,9	13,9	13,8	12,9	14,6	13,7	13,3	14,1	13,6	13,3	13,9
Zinc	9,4	8,0	10,7	9,9	9,2	10,6	10,1	9,8	10,4	9,9	9,7	10,0
Vitamine A	694,8	592,9	796,6	819,4	760,2	878,6	774,6	736,4	812,9	806,0	776,3	835,7
Thiamine	1,2	1,1	1,3	1,4	1,3	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5
Riboflavine	1,6	1,4	1,7	1,7	1,5	1,9	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8
Niacine	32,8	29,2	36,5	35,3	32,6	38,0	36,3	35,3	37,5	35,6	34,8	36,3
Vitamine B <sub>6</sub>	1,5	1,4	1,6	1,6	1,5	1,8	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7
Vitamine B <sub>12</sub>	3,5	2,9	4,0	3,8	2,8	4,8	3,7	3,4	4,0	3,6	3,4	3,9
Acide pantothénique	4,2	4,0	4,5	4,7	4,6	4,9	4,7	4,5	5,0	4,7	4,6	4,9
Acide folique	189,9	170,0	209,9	215,5	202,8	228,0	215,4	204,7	226,1	220,8	211,7	229,9
Vitamine C	90,2	65,3	115,1	86,6	76,9	96,1	98,5	88,7	108,2	102,4	95,2	109,5

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

## **11** DISCUSSION

Le présent rapport traite des observations clés faites par l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick menée en 1996 et 1997. Les objectifs énoncés dans le chapitre 1 ont été abordés, notamment les apports estimés en macronutriments et en micronutriments, les groupes d'adultes du Nouveau-Brunswick à risque de développer des insuffisances, l'état du poids comme risque pour la santé, la fréquence de consommation de certains aliments issus de chaque groupe alimentaire du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et la sécurité alimentaire. D'autres données recueillies par l'enquête, mais non directement reliées à ces objectifs, n'ont pas été évaluées (p. ex. l'utilisation de gras dans les aliments et la cuisson et l'utilisation de suppléments). Cette information est disponible auprès de Santé Canada en vue d'une révision ultérieure.

L'apport en macronutriments des Néo-Brunswickois semblait respecter les recommandations concernant les Apports nutritionnels de référence (ANREF). Ces nouvelles recommandations diffèrent des taux de nutriment recommandés, lesquels ont permis d'évaluer les résultats des autres enquêtes provinciales sur la nutrition. La population adulte du Nouveau-Brunswick semblait respecter les pourcentages recommandés pour les apports en gras, en glucides et en protéines. Afin de respecter les taux de nutriment recommandés (Santé et Bien-être social Canada, 1990), il faut limiter l'apport en gras à 30 % de l'apport énergétique, une recommandation appuyée par une récente déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (2003). Cependant, dans le cas des nouveaux ANREF établis au Canada et aux États-Unis, l'apport en gras maximal est passé à 35 %. Sauf pour les femmes âgées de 64 à 75 ans, les Néo-Brunswickois dépassaient la recommandation de 30 % pour ce qui est de l'apport en gras, mais respectaient les dernières recommandations de l'ANREF. Sur une note positive, l'apport en gras des adultes du Nouveau-Brunswick a diminué depuis la dernière enquête nutritionnelle d'envergure réalisée en 1972. On semblait assez conscient de l'importance de réduire son apport en gras, étant donné qu'une majorité des gens préfèrent le lait 1 % aux versions plus grasses. Environ la moitié de la population estimait que la réduction de l'apport en gras était une mesure nutritionnelle importante, et on tentait de limiter sa consommation de gras au moment de choisir des aliments. Cela signifie, toutefois, que trop de gens n'étaient pas encore conscients de l'importance de réduire la consommation de gras. Certains Néo-Brunswickois, tout particulièrement les jeunes hommes, consommaient davantage d'aliments riches en gras, tels que les viandes transformées, la crème glacée et les fromages non écrémés, que d'aliments faibles en gras. Il est également important de mettre l'accent sur la consommation d'aliments préparés à l'aide de méthodes de cuisson plus saines au lieu de la friture. Les hommes doivent particulièrement faire attention à la méthode de préparation lorsqu'ils font la cuisson ou lorsqu'ils choisissent des aliments, puisqu'ils consommaient autant ou plus de poulet frit, de poisson frit et de pommes de terre frites ou de croustilles que ces mêmes aliments préparés à l'aide d'autres méthodes de cuisson.

Les adultes du Nouveau-Brunswick ont signalé des apports énergétiques inférieurs à ceux observés par l'Enquête Nutrition Canada de 1972, à l'exception des groupes de 65 à 74 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Les faibles apports énergétiques signalés qui ont été observés au cours de l'Enquête sur la nutrition au N.-B. étaient au moins partiellement reliés à la sous-déclaration, qui a tendance à augmenter à mesure que le niveau d'embonpoint et d'obésité augmente. L'information limitée au sujet de l'activité physique a démontré qu'un grand pourcentage de la population était inactif. Peu importe l'étendue de la sous-déclaration, les taux de plus en plus élevés d'embonpoint et d'obésité au N.-B. indiquent que les apports énergétiques de la plupart des adultes dépassaient les niveaux nécessaires pour leurs styles de vie sédentaires. Seulement un quart des hommes et moins de 40 % des femmes avaient un poids acceptable pour leur taille selon l'indice de masse corporelle (IMC) ou l'utilisation combinée de l'IMC et du tour de taille. La situation est encore pire lorsque les seuils du tour de taille de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sont utilisés; ils indiquent que plus de la moitié des hommes et des femmes du N.-B. courent un risque accru ou considérablement accru de développer des problèmes de santé. L'Enquête sur la nutrition au N.-B. a été menée en 1996-1997 et des statistiques récentes démontrent que les taux d'embonpoint et d'obésité sont toujours aussi élevés. Ces données indiquent que la majorité des adultes du N.-B. affichent un excédent de poids et une répartition du poids malsaine, et présentent ainsi un risque élevé ou extrêmement élevé de développer des problèmes de santé.

De nombreux Néo-Brunswickois ne semblaient pas combler certains de leurs besoins nutritionnels clés. Un apport en acide folique suffisant a été associé à un risque plus faible de maladies cardiovasculaires (Institut national de la nutrition, 1998); il peut également réduire le risque du spina-bifida chez les nourrissons si des quantités suffisantes de l'élément nutritif sont consommées au cours de la période périnatale (Santé Canada, 1997). L'ancien taux de nutriment recommandé pour l'acide folique était de 185 à 230 microgrammes pour les adultes (Santé et Bien-être social Canada, 1990). L'apport établi par les nouveaux ANREF est passé à 320 microgrammes. Peu de gens satisfaisaient à leurs besoins en acide folique provenant de sources de nourriture d'après les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. En novembre 1998, une modification aux règlements sur les aliments et drogues a fait passer à 0,15 g la quantité d'acide folique ajoutée par 100 µg de farine et de pâtes alimentaires (Santé Canada, 1997; Santé Canada 1999b). Avant cette date, l'ajout d'acide folique était facultatif, et les quantités ajoutées variaient de 0,04 à 0,15 mg (Santé Canada, 1997). Par conséquent, le Fichier canadien sur les éléments nutritifs utilisé au cours de cette étude (version 1991) aurait évalué les apports en fonction d'un niveau d'enrichissement par acide folique plus faible. On prévoit que cette quantité supplémentaire fera augmenter l'apport quotidien de la femme moyenne d'environ 100 microgrammes par jour (Santé Canada, 1999b); l'apport moyen en acide folique demeurera toutefois inférieur aux besoins estimés. Cela était particulièrement le cas des deux groupes de femmes les plus jeunes (âgées de 18 à 49 ans), qui sont plus en âge de procréer. Depuis le sondage de 1996-1997, un autre facteur qui peut avoir contribué à l'augmentation de l'apport de cet élément chez les femmes en âge de procréer est une plus grande sensibilisation envers la recommandation des suppléments d'acide folique selon les conseils d'un professionnel de la santé, des médias ou d'une campagne nationale sur la santé.

L'Enquête sur la nutrition du N.-B. indique que la majorité des Néo-Brunswickois consommaient une quantité insuffisante de certains éléments nutritifs essentiels à la santé des os et à la prévention de l'ostéoporose. Aucun des groupes d'âge-sexe dans la province avait un apport en calcium suffisant, et 70 % des adultes ne consommaient pas assez de magnésium. Même si l'enquête ne pouvait pas déterminer le nombre de portions de produits laitiers consommées en vertu du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, les résultats du questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments indiquent qu'il est peu probable que les adultes du Nouveau-Brunswick consommaient les deux à quatre portions quotidiennes recommandées. D'après l'évaluation des attitudes à l'égard de la nutrition, moins de 10 % de la population du Nouveau-Brunswick estimait que le fait de consommer le nombre de portions recommandées de produits laitiers était une mesure importante pour améliorer ses habitudes alimentaires. Ces résultats soulignent l'importance de promouvoir une plus grande consommation de produits laitiers faibles en gras afin d'augmenter l'apport en calcium. Il est intéressant de noter que la consommation de produits laitiers a diminué chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, mais qu'elle a augmenté dans le groupe le plus âgé. Ces résultats sont cohérents avec ceux du Questionnaire sur la nutrition et la santé, lequel a établi que les femmes âgées de 50 à 65 ans étaient moins susceptibles que les femmes de tout autre âge d'affirmer que la consommation d'au moins deux portions de produits laitiers par jour faisait partie intégrante d'un régime alimentaire sain. Il est important de noter que ce rapport n'a pas évalué l'utilisation des suppléments et qu'il est possible que certains adultes du N.-B. qui s'inquiétaient d'un manque de calcium dans leur régime alimentaire puissent avoir utilisé des suppléments pour augmenter leur apport. En plus de réduire le risque d'ostéoporose, un apport en magnésium suffisant peut réduire le risque de maladies cardiaques et d'hypertension artérielle. Afin d'augmenter l'apport en magnésium, les recommandations établies pour la population doivent promouvoir une plus grande consommation de légumes, de mollusques et de crustacés et privilégier les produits céréaliers à grains entiers plutôt que les produits raffinés. Cette enquête démontre que les Néo-Brunswickois consommaient autant de pain blanc que de pain de blé entier.

Les apports en vitamine A et en vitamine C étaient pauvres pour la majorité de la population. La vitamine A est importante pour le maintien d'un système immunitaire sain ainsi que pour la santé des yeux, de la peau, du tractus intestinal et du tractus urinaire, entre autres. La vitamine C, un antioxydant, joue un rôle important dans la santé en général et peut réduire le risque de développer des maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer, si elle est consommée en quantités suffisantes. Ces résultats soulignent l'importance de consommer des quantités suffisantes de produits laitiers fortifiés et allégés afin d'obtenir des quantités supplémentaires de vitamine A et de favoriser la santé des os. Il n'a pas été possible d'évaluer les données sur l'apport en caroténoïdes précurseurs de la vitamine A en raison de l'important pourcentage de la population qui a un apport en carotène nul (voir le chapitre 2, section 2.6.3). En plus de contribuer à l'état de la vitamine A, les caroténoïdes tels que le bêta-carotène jouent le rôle d'antioxydants qui peuvent réduire le risque de développer de nombreuses maladies chroniques. Le fait d'encourager une plus grande consommation de légumes et de fruits plus variés dans l'ensemble de la province (en mettant l'accent sur les légumes et les fruits

de couleurs différents plutôt que sur les pommes de terre), permettra d'augmenter les apports en vitamines A et C, tout comme les apports en acide folique et en magnésium, qui sont également des préoccupations.

L'apport en vitamine B<sub>6</sub> était faible chez les Néo-Brunswickois âgés de plus de 50 ans; pour remédier à cette situation, on pourrait recommander à ces adultes d'augmenter leur apport en viandes maigres, en mollusques, en crustacés et en produits céréaliers à grains entiers. Les apports en mollusques et en crustacés étaient semblables avec ou sans beurre et faibles dans l'ensemble. Cela signifie que pour favoriser une plus grande consommation de mollusques et de crustacés, il est important de mettre de l'avant des méthodes de cuisson saines pour éviter d'ajouter des quantités supplémentaires de gras. L'apport en vitamine B<sub>12</sub> semblait lui aussi diminuer avec l'âge, d'où l'importance de promouvoir auprès de la population plus âgée une plus grande consommation de viandes maigres et de produits laitiers faibles en gras. Les femmes en général avaient des apports inférieurs aux exigences recommandées pour la thiamine et le zinc; ce groupe pourrait donc bénéficier d'une plus grande consommation de viandes maigres et de produits céréaliers à grains entiers. Un apport plus élevé en viandes maigres et en produits à grains entiers enrichis permettrait également d'augmenter les apports en fer des femmes âgées de 19 à 34 ans, lesquelles sont moins susceptibles que d'autres Néo-Brunswickois de subvenir à leur besoin en fer. La consommation de fèves chez les femmes était faible; le fait de promouvoir une plus grande consommation de légumineuses constituerait donc une autre façon d'améliorer l'apport en fer.

La catégorie « Autres aliments », tirée du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, fournissait la plus grande proportion d'énergie, de matières grasses et de sodium dans l'alimentation des adultes du Nouveau-Brunswick. Cette catégorie inclut les produits à haute valeur énergétique et à faible densité de nutriments, les sucres et les matières grasses. Ces « autres aliments » fournissaient la moitié de l'apport en matière grasse totale (gras saturés, polyinsaturés et monosaturés). Après les légumes et les fruits, la catégorie « Autres aliments » constituait la deuxième source de vitamine C et contribuait de façon significative à l'apport en vitamine A. Les produits céréaliers constituaient, pour leur part, la première source de glucides, de fibres, de magnésium, de thiamine et de fer, en plus de contribuer de façon significative à l'apport en riboflavine et en acide folique. Le groupe des légumes et fruits fournissait plus de la moitié de l'apport en vitamine C des Néo-Brunswickois. Les légumes et fruits fournissaient les plus grandes quantités de vitamine A, d'acide folique et de potassium, ainsi que des quantités importantes de fibres et de vitamine B<sub>6</sub>. Compte tenu des modifications apportées aux règlements sur l'enrichissement de la farine et des pâtes depuis la réalisation de cette enquête, il est possible que la quantité d'acide folique issue des produits céréaliers dépasse maintenant la quantité provenant du groupe des légumes et fruits. La moitié de la consommation de calcium provient du groupe des produits laitiers. Les produits laitiers fournissaient également des quantités importantes de vitamine A, de riboflavine et de vitamine B<sub>12</sub>. Le groupe des viandes et substituts représente environ la moitié de l'apport en protéines et fournit le plus grand apport en vitamine B<sub>6</sub>, en vitamine B<sub>12</sub>, en phosphore, et en zinc. Après le groupe des « autres aliments », le groupe des viandes et substituts fournissait la plus

grande quantité de matière grasse totale (gras saturés, polyinsaturés et monosaturés) et représentait la principale source de cholestérol. Les aliments individuels offrant la plus grande variété de nutriments sont la viande rouge, le lait de vache liquide et les légumes. Dans le groupe des produits céréaliers, le pain blanc, les pâtes et le riz fournissaient la plus grande quantité d'éléments nutritifs. Les résultats concernant la contribution des principaux groupes alimentaires aux apports nutritionnels soulignent bien l'importance de consommer les « autres aliments » avec modération. Les adultes du Nouveau-Brunswick auraient avantage à limiter leur consommation de ces aliments et de les remplacer par des aliments riches en éléments nutritifs issus des quatre groupes alimentaires favorables à la santé. Dans le groupe des produits céréaliers, il est important de mettre en évidence les produits à grains entiers et d'autres pains et céréales à grains entiers, plutôt que les produits raffinés, tels que le pain blanc. Les résultats de l'enquête démontrent que la viande rouge était la principale source de gras et d'éléments nutritifs parmi le groupe des viandes et substituts. On aurait également intérêt à inclure une plus grande variété d'aliments provenant de ce groupe, comme le poisson et les substituts végétariens. Comme il a été mentionné, l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick révélait que les adultes ne semblaient pas consommer le nombre de portions recommandées pour le groupe des produits laitiers. Ainsi, le fait d'encourager une plus grande consommation de produits laitiers faibles en gras permettrait d'accroître les quantités de nutriments déjà fournies par ce groupe alimentaire, mais dont l'apport était insuffisant pour l'ensemble des Néo-Brunswickois. De même, le fait de consommer plus d'aliments faibles en gras, mais riches en éléments nutritifs – lesquels constituent le groupe des légumes et fruits – fournirait à la population une plus grande quantité de nutriments favorables à la santé.

Même si le pourcentage d'énergie consommée par les Néo-Brunswickois sous forme de glucides respectait les recommandations de l'ANREF de 45 à 65 %, il est inquiétant de constater que la majeure partie des glucides consommés provenait de produits raffinés. Plus de 85 % des glucides étaient issus de produits céréaliers, tels que le pain blanc, les pâtes, le riz et les céréales, qui n'étaient ni des produits à grains entiers, ni des aliments riches en fibres. Les résultats indiquent que presque un tiers de l'apport total en glucides provenait d'« autres aliments » à haute teneur en sucre, tels que les sucres ajoutés et les sirops, les bonbons, les sucettes glacées, les boissons gazeuses et d'autres boissons sucrées. Les aliments qui contribuaient le plus à l'apport en glucides étaient les boissons gazeuses et d'autres boissons sucrées, suivies des sucres ajoutés. Les résultats de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick indiquent que les Néo-Brunswickois délaissaient de plus en plus les matières grasses au profit des glucides. Malheureusement, une bonne partie de ces glucides provenaient de produits céréaliers raffinés, de sucres et de produits à haute teneur en sucre, mais à faible densité de nutriments. Le fait de choisir de meilleures sources de glucides, telles que les produits céréaliers à grains entiers, les légumes et les fruits, permettrait aux Néo-Brunswickois d'augmenter plusieurs apports nutritionnels qui étaient insuffisants dans leur alimentation, notamment les fibres, la thiamine, la vitamine B<sub>6</sub>, l'acide folique, la vitamine C et la vitamine A.

Une évaluation des attitudes des Néo-Brunswickois à l'égard de la santé et la nutrition révèle des écarts entre le nombre de personnes ayant développé certains problèmes de

santé et le nombre de personnes qui tentaient de pallier ces problèmes en adoptant de meilleures habitudes alimentaires. Le nombre de personnes qui affirmaient souffrir d'hypertension artérielle est supérieur au nombre de personnes qui tiennent compte de cette préoccupation de santé au moment de faire leurs choix alimentaires. Il est également déconcertant de constater que le nombre de personnes conscientes du lien entre l'hypertension artérielle et les crises cardiaques est inférieur au nombre de personnes qui affirmaient souffrir d'hypertension artérielle. Les résultats du Questionnaire sur la nutrition et la santé démontrent que certains Néo-Brunswickois tentaient de choisir des aliments sains pour maintenir ou atteindre un poids-santé; toutefois, le pourcentage de répondants qui s'inquiétaient de leur poids est inférieur au pourcentage de répondants considérés comme obèses ou en surpoids. Même si plus d'hommes que de femmes au Nouveau-Brunswick sont obèses ou en surpoids, les hommes sont moins nombreux à choisir ou à éviter certains aliments pour limiter leur gain de poids. Par conséquent, malgré une meilleure sensibilisation au problème d'obésité au pays, le nombre de Néo-Brunswickois qui choisissaient certains aliments pour éviter un gain de poids est inférieur au nombre de Néo-Brunswickois qui sont réellement obèses ou en surpoids. Le diabète fait exception, car le nombre de personnes qui affirmaient choisir leurs aliments en fonction de ce problème de santé est supérieur au nombre de personnes chez qui on a diagnostiqué cette maladie. Environ 40 % de la population était d'avis que le manque d'exercice est un facteur important dans le développement de maladies cardiaques; cependant, la majorité des Néo-Brunswickois sont inactifs. L'une des étapes les plus importantes pour aborder les niveaux d'embonpoint et d'obésité au N.-B. est d'augmenter la dépense énergétique par l'entremise d'activité physique régulière. Les nombreux bienfaits de l'activité physique régulière, y compris la perte et le maintien du poids, peuvent contribuer à réduire l'incidence de l'embonpoint, de l'obésité, de l'hypertension, du diabète et des maladies du cœur, et à gérer les risques associés à ces problèmes.

Selon l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, les livres forment la principale source d'information nutritionnelle pour les femmes alors que le plus grand pourcentage d'hommes a indiqué obtenir de l'information nutritionnelle de diététistes. Les étiquettes ou les emballages des aliments figurent comme la deuxième source d'information la plus courante tant chez les hommes que chez les femmes. En 2002, la Fondation des maladies du cœur a posé son symbole « Vivez santé » sur les étiquettes des aliments pour aider la population canadienne à faire des choix éclairés à l'épicerie. Le programme « Vivez santé » s'est fait connaître dans les médias ainsi que dans les épiceries d'un bout à l'autre du Canada par l'entremise de publicité imprimée, radiophonique et télévisée. En 2003, Santé Canada a lancé une nouvelle réglementation régissant l'étiquetage nutritionnel et a distribué du matériel éducatif pour aider les professionnels et les consommateurs à comprendre comment utiliser les étiquettes des aliments. En raison de la révision faite à l'étiquetage alimentaire et aux programmes de promotion, il est possible qu'un plus grand nombre de Néo-Brunswickois et de Néo-Brunswickoises utilisent maintenant ces étiquettes sur les aliments comme source de renseignements qu'au moment de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick tenue en 1996-1997. Plusieurs grandes épiceries au Nouveau-Brunswick offrent désormais des conseils en matière de nutrition à leurs consommateurs en retenant les services de diététistes qui font des tournées de

l'établissement et présentent des séances de sensibilisation. Ainsi, bien que les trois quarts des Néo-Brunswickois interrogés en 1996-1997 aient mentionné qu'ils obtenaient leur information à partir des dépliants et des étalages en magasin, il est fort possible qu'un plus grand pourcentage d'adultes utilisent ce matériel comme source d'information nutritionnelle aujourd'hui.

Dans certains cas, les Néo-Brunswickois avaient reçu des conseils pour manger sainement, mais ne les mettaient pas en œuvre. Environ les trois quarts de la population étaient au courant du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, et un peu plus d'un tiers affirme l'utiliser pour faire leurs choix alimentaires. Bon nombre de Néo-Brunswickois étaient d'accord que l'une des étapes les plus importantes pour manger sainement consiste à augmenter son apport en légumes et fruits, mais les analyses des apports nutritionnels et de la fréquence de consommation des aliments effectuées lors de cette étude démontrent que la consommation de ces aliments était insuffisante pour une bonne partie de la population. Les femmes adultes du Nouveau-Brunswick estimaient qu'une augmentation de l'apport en fibres est très importante, mais la plupart d'entre elles préféraient le pain blanc au pain de blé entier. Malgré leurs efforts pour réduire leur apport en gras, les Néo-Brunswickois mangeaient dans les restaurants et ont recours à la restauration rapide de façon régulière. Même s'ils ne choisissaient pas nécessairement des aliments riches en gras, il est certainement plus difficile de faire des choix santé dans ces situations. Ces exemples démontrent que même si de nombreux Néo-Brunswickois étaient conscients de l'importance de suivre les recommandations nutritionnelles clés, ils ne les avaient pas encore mises en pratique.

Un obstacle possible au respect des recommandations nutritionnelles est un revenu insuffisant pour acheter des aliments favorables à la santé. L'enquête sur la nutrition a révélé qu'environ 2 % des familles ont eu recours à une banque alimentaire au cours du dernier mois ou n'ont pas toujours assez de nourriture à manger. Ce chiffre ne tient pas compte des nombreux autres Néo-Brunswickois qui n'avaient pas recours à l'aide alimentaire d'urgence, mais dont le revenu du ménage les rendait plus susceptibles de développer certains problèmes de santé, tels que les carences nutritionnelles. Les apports nutritionnels ont été évalués en fonction du niveau de revenu adéquat. Le niveau de revenu adéquat a été divisé selon deux groupes : le groupe au niveau de revenu le plus faible et le groupe au niveau de revenu faible. Les apports en calcium, en magnésium, en acide folique et en fibres semblaient insuffisants parmi tous les groupes de revenu. Le groupe au revenu le plus faible affichait l'apport le plus faible de tous les micronutriments. Il devient, par conséquent, le plus susceptible de développer des problèmes de santé reliés à des carences alimentaires. La majorité des répondants au revenu le plus faible étaient des hommes et des femmes âgés de 18 à 34 ans. Ces femmes auraient été plus susceptibles d'avoir des enfants ayant un poids insuffisant à la naissance en raison d'une nutrition inadéquate. Leurs faibles apports en calcium pourraient également les rendre plus susceptibles de développer l'ostéoporose plus tard dans leur vie. La mauvaise alimentation observée dans le groupe d'adultes de 18 à 34 ans est également une préoccupation, car certains de ces adultes sont peut-être des parents, ce qui rend leurs enfants plus vulnérables aux carences alimentaires. Les adultes âgés de 65 à 74 ans, en particulier les

femmes, représentaient la plus grande proportion du groupe au revenu faible ou au revenu le plus faible. Ces adultes affichaient également des apports nutritionnels plus faibles que ceux dont le revenu est moyen ou élevé, ce qui les rendait plus vulnérables aux carences alimentaires que les mieux nantis. En plus d'afficher les apports en calcium les plus faibles, les Néo-Brunswickois âgés et ceux au revenu faible, tout particulièrement les femmes, étaient plus susceptibles de développer l'ostéoporose que les groupes au revenu plus élevé. Des apports faibles en calcium, en magnésium, en acide folique et en fibres signifient également que ce segment de la population n'obtiendra pas tous les bienfaits de ces nutriments qui servent à protéger contre les maladies cardiovasculaires et les facteurs de risque connexes, dont l'hypertension artérielle.

## 11.1 ORIENTATIONS FUTURES

Dans les enquêtes futures, il serait utile d'avoir une plus grande variété d'aliments de chaque groupe alimentaire comme choix possible dans le Questionnaire sur la fréquence de consommation, afin que les résultats puissent être utilisés pour estimer le nombre moyen de portions quotidiennes issues de chaque groupe alimentaire. Une évaluation plus juste permettant de déterminer si les apports des Néo-Brunswickois respectent les recommandations pour chaque groupe alimentaire serait un moyen d'observer les insuffisances possibles en fonction du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Elle permettrait de déterminer avec plus d'exactitude les groupes alimentaires sur lesquels il faudrait insister pour accroître les apports nutritionnels identifiés comme insuffisants en raison des habitudes alimentaires des adultes du Nouveau-Brunswick.

L'Enquête Nutrition Canada de 1972 n'a pas traité l'apport des aliments à haute teneur en sucre et à faible densité de nutriments, tout comme celui des produits céréaliers raffinés, de la même façon que le présent rapport; par conséquent, il n'a pas été possible de faire une comparaison directe pour déterminer comment l'apport de ces aliments aurait pu changer au Nouveau-Brunswick dans la période séparant les deux enquêtes. Il pourrait être utile, dans les enquêtes futures, de comparer combien de glucides proviennent des produits céréaliers et des légumes et fruits, plutôt que des produits à base de blé et des « autres aliments » composés principalement de sucre, le but étant d'observer une tendance vers des sources de glucides plus favorables à la santé.

Pour obtenir un meilleur taux de réponse dans la section de l'enquête portant sur la sécurité alimentaire, on pourrait réduire le niveau d'inconfort des intervieweurs et des participants en rendant les réponses plus anonymes. Par exemple, les intervieweurs pourraient remettre les questionnaires aux participants à la fin de la séance et leur fournir une enveloppe affranchie et adressée pour envoyer leurs questionnaires une fois qu'ils les auront remplis en privé.

Dans une enquête future, il peut être avantageux d'obtenir suffisamment d'information grâce au Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments pour estimer l'apport des groupes alimentaires entiers, afin de déterminer avec plus de précision les groupes alimentaires où les Néo-Brunswickois présentent des carences, en fonction des

paramètres tels que l'âge, le sexe et les niveaux de revenu.

Pour mieux comprendre l'ampleur du déséquilibre énergétique qui contribue à l'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité, il serait utile d'effectuer une évaluation détaillée des niveaux d'activité physique et de dépense d'énergie et de les comparer aux apports énergétiques qui tiennent compte de la sous-déclaration. Lors du calcul de la dépense d'énergie à l'aide de la méthode appliquée dans ce rapport, il est important de connaître les limites du niveau d'activité physique estimé utilisé, et des recherches supplémentaires relatives au niveau d'activité physique seraient nécessaires.

Certaines données sur l'utilisation des suppléments nutritionnels ont été recueillies lors de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick. Toutefois, puisqu'elles ne faisaient pas partie des buts de l'enquête, elles n'ont pas été abordées dans le présent rapport. Il pourrait être utile d'analyser ces données pour déterminer si l'utilisation de suppléments permet de combler les insuffisances nutritionnelles observées dans certains groupes d'âge-sexe. Par exemple, puisque ce sondage a été effectué en 1996-1997, il serait intéressant de déterminer si un plus grand nombre de femmes du N.-B. en âge de procréer prennent de l'acide folique en raison de la promotion par les campagnes nationales.

## 12 CONCLUSIONS

- L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick est la première effectuée à l'échelle provinciale depuis celle qui a été effectuée en 1972 à l'échelle nationale. Il semble que l'apport énergétique et nutritionnel ait diminué depuis 1972. Selon l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, l'apport nutritionnel des Néo-Brunswickois est quelque peu semblable à celui des adultes des autres provinces canadiennes où ont été effectuées des enquêtes au cours des dix dernières années. Un échantillon constitué de 1 816 personnes a procuré des renseignements particulièrement intéressants au sujet des habitudes alimentaires des personnes adultes du Nouveau-Brunswick. L'interprétation de certains résultats doit être faite avec prudence en raison de la taille réduite des échantillons de population pris dans certaines régions, dans des groupes spécifiques d'âge-sexe.
- L'apport énergétique des Néo-Brunswickois sous forme de corps gras a diminué depuis le sondage de 1972 sur la nutrition au Canada. Bien que la consommation en gras des habitants du Nouveau-Brunswick représente plus de 30 % de leur apport énergétique (32 % de leur apport calorique global provient des gras), cela est en accord avec les lignes directrices actuelles sur les Apports nutritionnels de référence (ANREF) qui augmentent le pourcentage acceptable de calories obtenues à partir des gras.
- La source d'énergie qui, en 1972, provenait des gras a diminué et a été remplacée par des augmentations du pourcentage des calories obtenues à partir des protéines et des glucides. La consommation de protéines et de glucides chez les adultes du Nouveau-Brunswick est dans les normes fixées par le comité sur les ANREF. Une quantité considérable de ces glucides provient de sucres et d'aliments riches en sucre et faibles en valeur nutritive et de produits céréaliers raffinés. Une consommation plus grande de glucides sous forme d'aliments plus sains comme des produits à base de céréales complètes, des légumes et des fruits, aidera les Néo-Brunswickois à consommer plus de nutriments tels que des fibres alimentaires, la thiamine, la vitamine B<sub>6</sub>, l'acide folique, la vitamine C et la vitamine A.
- Le régime de la plupart des Néo-Brunswickois ne contient pas suffisamment d'acide folique; 90 % des hommes et 97 % des femmes n'atteignent pas le Besoin moyen estimatif (BME) en acide folique. Un régime alimentaire pauvre en acide folique peut faire augmenter les risques de maladies cardiovasculaires chez l'adulte et du spina-bifida chez le fœtus. Après que l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a été effectuée, Santé Canada a modifié le taux d'acide folique dans la farine. On ignore l'impact que cette prise supplémentaire d'acide folique aura sur le pourcentage de la population atteignant le BME en acide folique. De plus amples recherches devront être effectuées pour pouvoir évaluer l'impact de l'enrichissement obligatoire de la farine en acide folique au Canada ainsi que des

recommandations relatives à l'alimentation supplémentée en acide folique parmi les femmes en âge d'avoir des enfants au Canada.

- Entre les deux tiers et les trois quarts de la population n'ont pas atteint leurs besoins en magnésium. Près de 30 % n'ont pas atteint leur apport requis en vitamine A. Les données sur l'apport en bêta-carotène n'ont pu être évaluées en raison du pourcentage élevé de la population n'ayant pas consommé cet élément nutritif. Presque la moitié des adultes du N.-B. n'atteint pas l'ANREF en vitamine C, et moins de 10 % de la population atteint le niveau d'Apport suffisant (AS) en fibres alimentaires. Ces éléments nutritifs jouent un rôle important dans la santé en général; ils maintiennent en santé le système immunitaire et réduisent le risque de développer des maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer. Une consommation insuffisante de ce groupe de nutriments pousse à en déduire que les Néo-Brunswickois ne mangent pas une quantité suffisante de légumes et de fruits et que les quantités consommées manquent de variété. Vu que le « Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments » (QFA) ne prenait en considération que le choix des légumes consommés et n'évaluait pas la consommation de fruits, une étude complémentaire sera nécessaire pour avoir une meilleure compréhension de la consommation en légumes et fruits de la population du Nouveau-Brunswick. Il se peut que les données recueillies par le rappel alimentaire de 24 heures nous aident à analyser les apports provenant de ce groupe d'aliments. En plus d'une consommation insuffisante de légumes et de fruits, une insuffisance en magnésium et cellulose pourrait être due à la probabilité que les Néo-Brunswickois choisissaient des produits raffinés plutôt que des produits céréaliers à grains entiers, compte tenu du fait que deux fois plus de gens consommaient du pain blanc que du pain de blé entier.
- Au Nouveau-Brunswick, un apport insuffisant en calcium tant chez les femmes que chez les hommes de tout âge donne lieu à une certaine inquiétude vu que personne n'a atteint le niveau moyen d'AS en calcium. Les données recueillies dans le QFA laissent entendre que peu nombreux sont les Néo-Brunswickois qui tiennent compte des recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* fixant à 2 à 4 portions quotidiennes de produits laitiers, principale source assimilable de calcium pour l'être humain. Interrogés sur l'importance qu'ils accordent à de bonnes habitudes alimentaires, la plupart des Néo-Brunswickois ont indiqué qu'une consommation adéquate de produits laitiers était au bas de la liste de leurs priorités. Un manque de calcium augmente les risques d'ostéoporose et il se peut aussi que le calcium protège contre les éléments du risque de maladies du cœur telles que l'hypertension. Un faible apport en calcium et une faible consommation de produits laitiers font ressortir l'importance qu'il y a d'encourager la population du Nouveau-Brunswick à consommer de plus en plus de produits laitiers faibles en gras.
- Un segment de la population adulte de plus de 65 ans, surtout les femmes, pourrait tirer un grand avantage salubre d'un apport plus important en vitamines B<sub>6</sub> et B<sub>12</sub>.

Au moins un tiers des femmes ne pourvoient pas à leur BME en zinc, beaucoup d'entre elles ne subviennent pas à leur besoin en thiamine et les femmes de moins de 50 ans sont les plus susceptibles de ne pas combler leur BME en fer. Pour cette raison, les Néo-Brunswickois plus âgés, de même que les femmes de tous les groupes d'âge-sexe, pourraient grandement bénéficier d'une plus grande consommation de produits céréaliers à base de grains entiers, de viande, de mollusques et crustacés, et de succédanés de viandes tels que les légumineuses et les noix. Une augmentation de la consommation de produits laitiers allégés, déjà conseillée pour une augmentation de l'apport en calcium, peut aussi faire bénéficier d'un plus grand apport en vitamine B<sub>12</sub>. De plus, les nouvelles lignes directrices ANREF recommandent que les adultes âgés de plus de 50 ans consomment des aliments enrichis en vitamine B<sub>12</sub> cristalline ou qu'ils prennent des suppléments de vitamine B<sub>12</sub> afin de combler leur besoin relatif à cet élément nutritif.

- L'excédent de poids et l'obésité représentent un phénomène de santé inquiétant au Nouveau-Brunswick. L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a révélé que 41 % de la population adulte de la province a un excédent de poids et que 19 % est obèse. Des statistiques récentes indiquent que les taux élevés d'excédent de poids et d'obésité au N.-B. sont demeurés élevés depuis la réalisation de l'enquête en 1996-1997. L'excédent de poids ou l'obésité augmente le risque de souffrir d'un grand nombre de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et certains cancers. Plus de la moitié de la population adulte du N.-B. court un risque accru ou élevé de développer des problèmes de santé conformément aux mesures du seuil du tour de taille de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes souffrait d'embonpoint et d'obésité, mais les femmes dans tous les groupes d'âge sont plus susceptibles d'avoir des tours de taille qui les placent à un risque très élevé de développer des problèmes de santé selon l'OMS. Vu le nombre réduit des renseignements recueillis au cours de l'enquête, il n'est pas possible de porter un juste jugement sur les niveaux d'activité physique de la population du Nouveau-Brunswick, toutefois il semble qu'un large segment de la population ne se livre à aucune sorte d'activité physique de façon régulière et systématique. L'absence ou l'insuffisance d'activité physique pourrait bien être la cause majeure de l'augmentation du taux d'excès de poids et d'obésité dans cette province. Des données plus récentes et détaillées confirment que de nombreux Néo-Brunswickois demeurent inactifs. L'enquête a indiqué qu'un segment de la population mange régulièrement au restaurant et, comme il est plus difficile de choisir des plats équilibrés dans un restaurant ou un restaurant-minute, cela pourrait bien aussi contribuer au gain excessif de poids.
- La catégorie des « Autres aliments » du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* inclut des aliments à haute valeur énergétique et à faible valeur nutritive tels que les sucres et les gras, les gâteaux et les tartes, les bonbons, les tablettes de chocolat et les pommes de terre frites. La catégorie des « Autres aliments » est celle qui a procuré le plus fort pourcentage des apports en énergie, en gras et en sodium aux Néo-Brunswickois. Pour améliorer la consommation de produits alimentaires

favorisant la santé, les Néo-Brunswickois doivent limiter la consommation de ces « Autres aliments » et augmenter leur consommation de légumes et de fruits, choisir des aliments à base de céréales à grains entiers, inclure une plus grande variété d'aliments riches en protéines tirés du groupe des viandes et substituts et consommer tous les jours le nombre conseillé de portions de produits laitiers. Il est également important de promouvoir des méthodes de cuisson plus saines que la friture (pour des aliments comme les pommes de terre, le poulet, le poisson et les fruits de mer, etc.)

- De nombreux Néo-Brunswickois, mais surtout les femmes sont conscientes de l'importance d'avoir des habitudes de vie saines dont celles de ne pas fumer, de réduire la consommation de matières grasses, de faire de l'exercice et d'augmenter la consommation de légumes et fruits. Presque un tiers des hommes et presque deux fois plus de femmes, trouvent qu'il est important de bien sélectionner les aliments pour pouvoir maintenir ou retrouver son poids-santé. La promotion que l'on a faite de devoir diminuer la consommation de matières grasses semble avoir été entendue par la majorité de la population adulte et, en plus d'avoir été citée par les hommes autant que par les femmes comme devant devenir une habitude alimentaire essentielle, la tendance en cette direction se fait remarquer par une diminution marquée du pourcentage global des calories provenant des matières grasses et par une augmentation de la consommation de lait à 1 % de matières grasses au lieu de lait entier. Malheureusement, il semble exister un grand écart entre la connaissance théorique et la mise en application des conseils en nutrition et des conseils pour un style de vie sain étant donné que l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a démontré que la consommation de légumes et fruits est faible, qu'un grand nombre de personnes ne font pas régulièrement de l'exercice et que la majorité de la population néo-brunswickoise souffre d'un excédent de poids ou d'obésité.
- Les personnes à faible revenu ont tendance à être en moins bonne santé, et l'une des causes est le manque de moyens financiers pour acheter la quantité suffisante de nourriture et le manque d'aliments favorisant la santé. L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick a déterminé que la consommation d'énergie calorique, de protéines et de graisses était identique pour tous les niveaux de revenu mais que les adultes des foyers ayant les revenus les plus faibles obtenaient de leur alimentation le plus faible apport en micronutriments. Le plus fort pourcentage d'adultes appartenant au groupe des revenus les plus bas était représenté par les plus jeunes (de 18 à 34 ans) tandis que dans le groupe économiquement faible figuraient en tête les adultes les plus âgés, particulièrement des femmes (de 65 à 74 ans). Plusieurs éléments nutritifs, telles que le calcium, le magnésium, l'acide folique et les fibres étaient absentes du régime alimentaire de certaines personnes appartenant à chacun des groupes de revenu, et l'on peut en conclure que les personnes nécessiteuses risquent davantage de subir des conséquences graves sur leur santé d'une telle carence.
- L'information recueillie dans l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick peut

être utilisée pour créer d'importants messages de promotion de la santé. Les domaines clés sur lesquels insister sont une consommation de plus en plus importante de légumes, de fruits, et de produits laitiers faible en teneur gras et la mise en avant de la consommation d'aliments et de produits à base de grains entiers plutôt que celles de grains raffinés. Les femmes et les personnes âgées pourraient tirer un effet salubre d'une plus grande consommation de viandes et de substituts de viandes. Tout en encourageant les gens à augmenter leur consommation de ces aliments, il convient de continuer à insister sur l'importance qu'il y a de limiter la consommation de graisses et d'aliments exempts de valeur nutritive, et cela, afin d'éviter l'absorption d'apports énergétiques responsables des prises de poids. Même s'il existe encore des Néo-Brunswickois qui ne comprennent pas ou qui ne connaissent pas les bonnes habitudes alimentaires, la majorité de la population est au moins au courant de quelques-uns des messages relatifs à une alimentation saine. Malheureusement, tout ce savoir n'est pas utilisé à bon escient vu que, selon les résultats de la recherche, seulement les deux tiers de la population savent que le « *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* » existe et que seulement un tiers l'utilise. Malgré le taux élevé d'excédent de poids et d'obésité dans la province, l'enquête a aussi révélé que de nombreux adultes sont au courant de l'importance de diminuer l'apport en gras, de maintenir ou d'arriver à un poids-santé et de faire de l'exercice physique. Selon l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick, la population semble prendre du poids en vieillissant. Les Néo-Brunswickois de tous les âges doivent apprendre et mettre en œuvre des stratégies pour atteindre et maintenir un poids-santé. Aider les adultes à comprendre les avantages qui existent à incorporer des changements salutaires dans leur vie a aussi de fortes chances de jouer un rôle préventif dans celle de leurs enfants si ces habitudes leur sont transmises.

- L'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick tend à prouver que des stratégies doivent être développées non seulement pour augmenter la prise de conscience de règles de base pour une alimentation équilibrée, mais aussi pour éduquer le consommateur de façon à ce que ses connaissances théoriques en nutrition alimentaire deviennent une réalité sur le plan pratique. Il est important que toute recommandation proposée soit pratique. Par exemple, les Néo-Brunswickois pourraient grandement bénéficier sur le plan physique s'ils apprenaient des méthodes de cuisson plus saines, s'ils apprenaient à choisir au restaurant les meilleurs plats pour la santé et s'ils apprenaient à incorporer des séances d'exercice physique dans leur emploi du temps. Pour qu'elles aient une incidence sur la population, les interventions en nutrition mises en place pour soutenir ces recommandations doivent faire partie d'une stratégie multisectorielle bien coordonnée qui faciliterait la mise en place de modifications positives dans le style de vie axé sur la prévention des maladies.

## RÉFÉRENCES

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. *Attitudes, knowledge, beliefs, behaviors: Findings of American Dietetic Association's public opinion survey "Nutrition and You: Trends 2002"*, 2002. Document obtenu le 30 septembre 2003 du site Web <http://www.eatright.org>.

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. *Executive Summary of Food Nutrition and the Prevention of Cancer : A global perspective. AICR/WCRF Expert Panel Report*, 2002. Document obtenu le 16 juin 2003 du site Web <http://www.aicr.org/reportssummaicr.html>.

ASSOCIATION CANADIENNE DES BANQUES ALIMENTAIRES. *Bilan-Faim 1997, 1997*. Document obtenu le 6 octobre 2003 du site Web [http://www.http://foodbank.duoweb.ca/documents/hc-1997\\_fr.pdf](http://www.http://foodbank.duoweb.ca/documents/hc-1997_fr.pdf).

BEATON, G., J. MILNER, P. COREY, V. MCGUIRE, M. COUSINS, E. STEWART, M. DE RAMOS, D. HEWITT, P. V. GRAMBSCH, N. KASSIM et J. A. LITTLE. « Sources of variance in 24-hour dietary recall data: implications for nutrition study design and interpretation », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 32 (1979), p. 2546-2559.

BEATON, G., J. MILNER, V. MCGUIRE, T. FEATHER et J. LITTLE. « Source of variation in 24 hour dietary recall data: implications for nutrition study design and interpretation. Carbohydrate sources, vitamins and minerals », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 37 (1983), p. 986-995.

BRAAM, L., M. OCKÉ, B. BUENO-DE-MESQUITA et J. SEIDELL. « Determinants of obesity-related underreporting of energy intake », *American Journal of Epidemiology*, 147(11), 1998, p. 1081-1086.

BRIEFEL, R. et C. WOTEKI. « Development of food sufficiency questions for the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24 (1992), p. 24S-28S.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE. *La déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire*, 1992. Document obtenu le 30 juin 2003 du site Web [http://www.med.mun.ca/chhdbc/pdf/victr\\_f.pdf](http://www.med.mun.ca/chhdbc/pdf/victr_f.pdf).

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Current and proposed measures of poverty*, Perception 15-4/16-1, 1992, p. 60-63.

CORPORATION DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'ATLANTIQUE. *Health Status Report 1997*, Nouveau-Brunswick, Administrateurs des établissements de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique, 1997.

- DIÉTÉTISTES DU CANADA et AMERICAN DIETITIC ASSOCIATION. « Position paper: Women's health and nutrition », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 60, n° 2 (1999) p. 85-100.
- FAO, OMS et UNU. « Besoins énergétiques et besoins en protéines », *Série de Rapports techniques*, n° 724 (1985), Genève, OMS.
- FONDATION DES MALADIES DU COEUR DU CANADA. *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*, 2003. Document obtenu le 20 juin 2003 du site Web [http://ww2.heartandstroke.ca/images/French/F438\\_fre\\_Manual\\_FNL.pdf](http://ww2.heartandstroke.ca/images/French/F438_fre_Manual_FNL.pdf).
- FOOD MARKETING INSTITUTE. *Trends in the United States: Consumer Attitudes and the Supermarket*, Washington, FMI, 1997.
- GEUNTHER, P., T. DEMAIO, L. INGWERSEN et M. BERLIN. « The multiple pass approach for the 24 hour recall in the Continuing Survey of Food Intakes by Individuals, 1994-96 », *The Federation for American Societies for Experimental Biology Journal*, vol. 10, n° 3 (1996) p. A198.
- GOLDBERG, G., A. BLACK, S. JEBB, T. COLE, P. MURGATROYD, W. COWARD et A. PRENTICE. « Critical evaluation of energy intake data using fundamental principles of energy physiology: I. Derivation of cut-off limits to identify under-reporting », *European Journal of Clinical Nutrition* vol. 45 (1991) p. 569-581.
- GORD, C. « Une saine alimentation aide les femmes à risque », *Institut national de la nutrition, RAPPORT*, vol. 14, n° 1 (1999), p. 2.
- GPI Atlantic. *Genuine Progress Index: Measuring Sustainable Development. Cost of Obesity in New Brunswick*, 2001.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Initiative sur la santé de la population canadienne, 2004.
- INSTITUT NATIONAL DE LA NUTRITION. « Hommes et femmes ne voient pas la nutrition du même œil », *RAPPORT*, vol. 12, n° 4 (1997), p. 6.
- INSTITUT NATIONAL DE LA NUTRITION. « Une saine alimentation aide les femmes à risque », *RAPPORT*, vol. 14, n° 1 (1999), p. 2.
- INSTITUT NATIONAL DE LA NUTRITION. *Lien entre l'homocyst(é)ine, les vitamines B et les maladies cardiaques*, 1998. Document obtenu le 9 septembre 2003 du site Web [http://www.nin.ca/public\\_html/Publications/NinReview/fall98fr.html](http://www.nin.ca/public_html/Publications/NinReview/fall98fr.html).

## Références

- IRWIN, M., B. AINSWORTH et J. CONWAY. « Estimation of energy expenditure from physical activity measures: Determinants of accuracy », *Obesity Research*, 9 (2001), p. 517-525.
- LAFHEY, P., JUNKINS et B. NGUYEN. *New Brunswick Nutrition Survey 1996-1997 Methodology for Estimating Usual Intake*. BBICA Technical Report 451311-009, 2001, Santé Canada : Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques, Direction des aliments.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Principaux cancers au Nouveau-Brunswick : 1994-1998 », *Rapport épidémiologique du Nouveau-Brunswick*, vol. 11, n° 1 (2003a), p. 2-5.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Principales causes de morbidité et de mortalité au Nouveau-Brunswick : 1994-1998 », *Rapport épidémiologique du Nouveau-Brunswick*, vol. 11, n° 1 (2003b), p. 5.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *L'État de santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises - Quatrième rapport 1994-1998*, 2002.
- NARGUNDKAR, M. *New Brunswick Nutrition Survey Sample Design*, 1996, Statistique Canada.
- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Protein and Amino Acids*, 2002. Document obtenu le 5 août 2003 du site Web <http://www.nap.edu/openbook/0309085373/html/10.html>.
- NGUYEN, L., T. WESTON et B. JUNKINS. *New Brunswick Nutrition Survey 1996 Analysis of Non-response*. BBICA Report 451311-009NR, 2001, Santé Canada : Bureau des statistiques biologiques et des applications informatiques, Direction des aliments.
- NUTRITION CANADA. *Rapport sur les habitudes alimentaires*. Bureau des sciences de la nutrition, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1973.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, 2003. Document obtenu le 23 juin 2003 du site Web [http://www.who.int/nut/documents/trs\\_916.pdf](http://www.who.int/nut/documents/trs_916.pdf).
- RAPHAEL, D. *Poverty, Income Inequality, and Health in Canada*, 2002, Toronto: The CSJ Foundation for Research and Education, juin. Document obtenu le 30 juin 2003 du site Web <http://www.socialjustice.org/pubs/income&Health.pdf>.

SANTÉ CANADA. *Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques : Cancer (dernière mise à jour le 17 janvier 2003)*, 2002a. Document obtenu le 16 juin 2003 du site Web [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/psp/ccdpc-cpcmc/cancer/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/psp/ccdpc-cpcmc/cancer/index_f.html).

SANTÉ CANADA. *Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques : Le diabète au Canada, 2<sup>e</sup> édition*, 2002b. Document obtenu le 30 mars 2004 du site Web [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/pdf/dic-dac2\\_fr.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/pdf/dic-dac2_fr.pdf).

SANTÉ CANADA. *Guide d'accompagnement du Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*, 1998, n<sup>o</sup> de cat. H39-429/1998-2F.

SANTÉ CANADA. *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*, 1999c, n<sup>o</sup> de cat. H39-429/1999-1F.

SANTÉ CANADA. *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, 1997a. Document obtenu le 30 mars 2004 du site Web [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hdsc97/s07\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hdsc97/s07_f.html).

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, 2003b, Ottawa (Canada), Service des publications de Santé Canada.

SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé - Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, 1999b, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

SANTÉ CANADA. *Règlement modifiant le règlement sur les aliments et drogues (1966)*, 1997b. Document obtenu le 9 septembre 2003 du site Web [http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/ns-sc/ne-en/nq-qn/e\\_1066eng03.html](http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/ns-sc/ne-en/nq-qn/e_1066eng03.html).

SANTÉ CANADA. *Santé Canada : Diabète*, 2003a. Document obtenu le 9 juin 2003 du site Web <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/psp/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/index.html>.

SANTÉ CANADA. *Santé! Canada : Cancer (avril 2001)*, 2001. Document obtenu le 9 juin 2003 du site Web [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/features/revue/2001\\_04/cancer.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/features/revue/2001_04/cancer.htm).

SANTÉ CANADA. *Sources alimentaires de folate (basées sur les portions habituelles)*, 2002c. Document obtenu le 9 septembre 2003 du site Web [http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/national\\_guidelines\\_07\\_table3\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/national_guidelines_07_table3_f.html).

SANTÉ CANADA. *Surveillance des maladies en direct* (données de 1999), 1999a. Document obtenu le 9 juin 2003 du site Web <http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca>.

## Références

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Recommandations sur la nutrition : Rapport du Comité de révision scientifique*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et des Services du Canada, 1990.

SCHOFIELD W., C. SCHOFIELD et W. JAMES. « Basal metabolic rate review and prediction », *Human Nutrition: Clinical Nutrition*, vol. 39C, n° 1 (1985), p. 5-96.

SCRIMSHAW, N., J. WATERLOW et B. SCHURCH. « Energy and protein requirements, proceedings of an IDECG workshop », *European Journal of Clinical Nutrition* 50(1), 1996. Document obtenu le 15 avril 2004 du site Web : <http://www.unu.edu/unupress/food2/UIIDO1E/uid01300.htm>.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Saine alimentation (mise à jour le 18 décembre 2002)*. Document obtenu le 16 juin 2003 du site Web [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,2939,3384\\_13199\\_langId-en,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,2939,3384_13199_langId-en,00.html).

STATISTIQUE CANADA. « Activité physique durant les loisirs, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada et provinces, 1994-1995 – 1998-1999 », 1999b, Document obtenu le 26 mars 2004 du site Web [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00401/tables/htmltables/P2162\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00401/tables/htmltables/P2162_f.htm).

STATISTIQUE CANADA. « Activité physique durant les loisirs, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada et provinces, 1994-1995 – 1998-1999 », *Indicateurs de la santé*, 2001, n° 1, 2001b. Document obtenu le 2 septembre 2003 du site Web [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00401/tables/htmltables/P2162\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00401/tables/htmltables/P2162_f.htm).

STATISTIQUE CANADA. « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 1 (1999a), p. 31-44.

STATISTIQUE CANADA. « L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens », *Le Quotidien*, 15 août 2001, 2001a. Document obtenu le 21 octobre 2003 du site Web <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/010815/q010815a.htm>.

STATISTIQUE CANADA. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

STATISTIQUE CANADA. *Body mass index (BMI), international standard by sex, household population aged 20-64 years excluding pregnant women, Canada, provinces, territories, sanitary regions and peer groups*, 2000-2001. Document obtenu le 27 février 2004 du site Web <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/01002/tables/html/1226.htm>.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000*, dans Fondation des maladies du cœur du Canada. *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*, 2003.

Document obtenu le 20 juin 2003 du site Web

[http://ww2.heartandstroke.ca/images/French/F438\\_fre\\_Manual\\_FNL.pdf](http://ww2.heartandstroke.ca/images/French/F438_fre_Manual_FNL.pdf).

STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien*, 2002. Document obtenu le 27 février 2004 du site Web <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/020508/q020508a.htm>.

STATISTIQUE CANADA. *Taux de faible revenu (revenu de 1995), selon le genre de ménage, Canada, provinces, territoires et régions socio-sanitaires, 1996*, 1996. Document obtenu le 7 octobre 2003 du site Web

[http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/226\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/226_f.htm).

TARASUK, V. *Document de travail sur l'insécurité alimentaire individuelle et des ménages*, 2001. Document obtenu le 10 octobre 2002 du site Web

[http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/food\\_security\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/food_security_f.html).

THOMPSON, F. et T. BYERS. « Dietary assessment resource manual », *Journal of Nutrition* vol. 124, n° 11S (1994) p. 2245S-2261S.

UNIVERSITY OF PEI et PEI HEALTH AND SOCIAL SERVICES. *Prince Edward Island Nutrition Survey*, 2002, Charlottetown, Document Publishing Centre.

# ANNEXES

## **ANNEXE A**

### **Questionnaires de l'enquête**

Formulaire B	Rappel alimentaire de 24 heures
Formulaire C	Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments
Formulaire D	Questionnaire sur la nutrition et la santé
Formulaire E	Profil démographique





## ENQUÊTE SUR LA NUTRITION AU NOUVEAU-BRUNSWICK QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION

**PREMIÈRE PARTIE.** Cette section porte sur la fréquence de consommation de certains aliments au cours du **mois passé**.

ALIMENT	FRÉQUENCE			TAILLE DES PORTIONS		COMMENTAIRES
	AUTRE(S) DESCRIPTION(S)	Nbre	JOUR/J SEMAINE/S MOIS/M	TAILLE OU MODÈLE DE LA PORTION DE RÉFÉRENCE	COMBIEN	
COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS CONSOMMÉ LES ALIMENTS SUIVANTS :				MO-M		
01 Brocoli				MO-M		
02 Carottes ou macédoine de légumes avec carottes				MO-M		
03 Chou, salade de chou et choucroute				MO-M		
04 Chou-fleur				MO-M		
05 Épinards – cuits				MO-M		
06 Épinards – crus				MO-M		
07 Courge d'hiver (jaune foncé)				MO-M		
08 Navet				MO-M ou ½ CR-L, T4		
09 Pois verts				MO-S		
10 Légumes à feuilles vert foncé				MO-M		
11 Poisson (sauf crustacés et coquillages) – fritt				PC-S		
12 - cuit d'autres façons				PC-S		
13 Homard - trempé dans du beurre/de la margarine/de la mayonnaise – fritt				¾ lb à 1 lb ou ½ tasse (sans coquille)		
14 Homard - cuit d'autres façons				¾ lb à 1 lb ou ½ tasse (sans coquille)		
15 Tous autres crustacés et coquillages - trempés dans du beurre/de la margarine/de la mayonnaise – frits				10 unités ou MO-M (sans coquille)		
16 Tous autres crustacés et coquillages - cuits d'autres façons				10 unités ou MO-M (sans coquille)		

N° d'identification : 

ALIMENT	FRÉQUENCE			QUANTITÉ DES PORTIONS		COMMENTAIRES
	AUTRE(S) DESCRIPTION(S)	Nbre	JOUR/J SEMAINE/S MOIS/M	QUANTITÉ OU MODÈLE DE LA PORTION DE RÉFÉRENCE	COMBIEN	
17 Volaille – frite				PC-S		
18 - cuite d'autres façons				PC-S		
19 Bœuf et veau - steaks, rôtis, ragoûts et autres coupes				PC-S		
20 - hamburgers				PC-S		
21 - bœuf haché préparé autrement				PC-S		
22 Foies d'animaux et poissons				PC-S		
23 Agneau et mouton - rôtis, côtelettes et autres coupes				PC-S		
24 Porc et jambon - rôtis, côtelettes et autres coupes				PC-S		
25 - bacon				1 languette		
26 Gibier - gros animaux				PC-S		
27 - petits animaux				PC-S		
28 Fèves – bouillies ou cuites au four				MO-M		
29 Saucisses fumées ou autres saucisses (avec ou sans pain)				1 unité		
30 Bologne				1 CR-L, T-1		
31 Viandes froides				1 TRANCHE		
32 Pizza				1 TRANCHE		
33 Fromage (plus de 24 % de M.G.)				1 TRANCHE ou 1/3 PC-S		
34 Fromage (de 10 à 24 % de M.G.)				1 TRANCHE ou 2 c. à table		
35 Fromage cottage ou tout fromage (moins de 10 % de M.G.)				MO-S		
36 Œufs ou plats aux œufs				1 ŒUF		
37 Pommes de terre - frites ou sautées				MO-M		
38 - cuites au four ou bouillies				BA-L 1 moyenne		
9 - gratin de pommes de terre, purée, salade de pommes de terre ou pommes de terre dans des ragoûts et des casseroles				MO-M		

## Annexe A

N° d'identification : 

ALIMENT	FRÉQUENCE			QUANTITÉ DES PORTIONS		COMMENTAIRES
	AUTRE(S) DESCRIPTION(S)	Nbre	JOUR/J SEMAINE/S MOIS/M	QUANTITÉ OU MODÈLE DE LA PORTION DE RÉFÉRENCE	COMBIEN	
40 Croustilles ou croustilles au maïs				1 BO-L		
41 Sauce genre 'gravy'				¼ Tasse		
42 Sauce à base de crème ou sauce au fromage				¼ Tasse		
43 Yogourt (plus de 1 % de M.G.)				½ TASSE – 175 G		
44 Yogourt léger (1 % de M.G. ou moins)				½ Tasse – 175 G		
45 Crème glacée ordinaire ou riche				½ Tasse		
46 Crème glacée légère, yogourt glacé, lait glacé ou sorbet				½ Tasse		
47 Pain, blanc				1 TRANCHE		
48 Pain, blé entier				1 TRANCHE		
49 Craquelins				1 CRAQUELIN		
50 Biscuits				1 BISCUIT		
51 Beignes, gâteaux, tartes, muffins ou croissants				1 UNITÉ		
52 Bière				1 BOUTEILLE		
53 Vin				4 F-OZ		
54 Spiritueux				1 F-OZ		
<b>QUELLE SORTE DE LAIT AVEZ-VOUS UTILISÉ DANS LE THÉ ET LE CAFÉ? [NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>						
55 lait entier				1 c. à table		
56 lait à 2 %				1 c. à table		
57 lait à 1 %				1 c. à table		
58 lait écrémé				1 c. à table		
59 lait écrémé en poudre				1 c. à thé		
60 crème ou gobelets de crème				1 c. à table		
61 lait évaporé, ordinaire (entier) - non dilué				1 c. à table		
62 lait évaporé, léger - non dilué				1 c. à table		
63 lait évaporé, 2 % - non dilué				1 c. à table		

N° d'identification : 

ALIMENT	FRÉQUENCE			QUANTITÉ DES PORTIONS		COMMENTAIRES
	AUTRE(S) DESCRIPTION(S)	Nbre	JOUR/J SEMAINE/S MOIS/M	QUANTITÉ OU MODÈLE DE LA PORTION DE RÉFÉRENCE	COMBIEN	
64 lait évaporé, écrémé - <b>non dilué</b>				1 c. à table		
65 lait évaporé, ordinaire (entier) - <b>dilué</b>				1 c. à table		
66 lait évaporé, léger - <b>dilué</b>				1 c. à table		
67 lait évaporé, 2 % - <b>dilué</b>				1 c. à table		
68 Autres types de lait (veuillez préciser) _____						
69 N'a pas utilisé de lait ni de crème (veuillez cocher) _____						
70 A utilisé du colorant à café (veuillez cocher) _____						
71 N'a pas bu de thé ni de café (veuillez cocher) _____						
QUELLE SORTE DE LAIT AVEZ-VOUS UTILISÉ SUR LES CÉRÉALES? [NE LISEZ PAS LA LISTE]				½ Tasse		
72 lait entier						
73 lait 2 %				½ Tasse		
74 lait 1 %				½ Tasse		
75 lait écrémé				½ Tasse		
76 crème				½ Tasse		
77 lait évaporé, ordinaire (entier) - <b>non dilué</b>				½ Tasse		
78 lait évaporé, léger - <b>non dilué</b>				½ Tasse		
79 lait évaporé, 2 % - <b>non dilué</b>				½ Tasse		
80 lait évaporé, 2 %, écrémé - <b>non dilué</b>				½ Tasse		
81 lait évaporé, ordinaire (entier) - <b>dilué</b>				½ Tasse		
82 lait évaporé, léger - <b>dilué</b>				½ Tasse		
83 lait évaporé, 2 % - <b>dilué</b>				½ Tasse		
84 Autres types de lait (veuillez préciser) _____						
85 A mangé des céréales sans lait (veuillez cocher) _____						
86 N'a pas mangé des céréales (veuillez cocher) _____						
ALIMENT	FRÉQUENCE			QUANTITÉ DES PORTIONS		COMMENTAIRES

## Annexe A

N° d'identification : 

	AUTRE(S) DESCRIPTION(S)	Nbre	JOUR/J SEMAINE/S MOIS/M	QUANTITÉ OU MODÈLE DE LA PORTION DE RÉFÉRENCE	COMBIEN	TAIRES
QUELLE SORTE DE LAIT AVEZ-VOUS BU COMME <b>BOISSON?</b> [NE LISEZ <u>PAS</u> LA LISTE]				1 Tasse		
87 lait entier						
88 lait 2 % (blanc ou chocolat)				1 Tasse		
89 lait 1 %				1 Tasse		
90 babeurre				1 Tasse		
91 lait écrémé				1 Tasse		
92 lait évaporé, ordinaire (entier) - <b>non dilué</b>				1 Tasse		
93 lait évaporé, léger - <b>non dilué</b>				1 Tasse		
94 lait évaporé, 2 % - <b>non dilué</b>				1 Tasse		
95 lait évaporé, écrémé - <b>non dilué</b>				1 Tasse		
96 lait évaporé, ordinaire (entier) - <b>dilué</b>				1 Tasse		
97 lait évaporé, léger - <b>dilué</b>				1 Tasse		
98 lait évaporé, 2 % - <b>dilué</b>				1 Tasse		
99 Autres types de lait (veuillez préciser) _____						
100 N'a pas bu de lait (veuillez cocher) _____						
<b>COMBIEN DE FOIS AU COURS DU MOIS PASSÉ AVEZ-VOUS PRIS DES REPAS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :</b>						
	AUTRE(S) DESCRIPTION(S)	Nbre	JOUR/J SEMAINE/S MOIS/M	COMMENTAIRES		
101 restaurants (service aux tables)						
102 établissements faisant des mets à emporter, restauration minute ou restaurants déli						
103 cafétérias (service sur plateau)						

N° d'identification : 

**DEUXIÈME PARTIE.** Cette section ne traite que des **aliments maison** et des **utilisations de matière grasse** au cours du dernier mois. *Veillez cocher (✓) les principales sources de matière grasse utilisées. (S'il y en a plus d'une, toutes celles que vous avez cochées seront calculées comme étant de proportion égale.)*

	PRINCIPALE SOURCE	
		<b>SI VOUS AVEZ MANGÉ DES ALIMENTS CUITS À LA GRANDE FRITURE À LA MAISON AU MOINS DEUX FOIS LE MOIS PASSÉ, QUELLE ÉTAIT LA PRINCIPALE SORTE DE GRAISSE OU D'HUILE UTILISÉE? [NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>
104		a) Huile végétale
105		b) Saindoux, bacon ou graisse animale
106		c) Shortening
107		d) Ne sait pas
108		e) N'a pas mangé d'aliments cuits à la grande friture à la maison le mois passé
		<b>SI VOUS AVEZ MANGÉ DES ALIMENTS FRITS DANS LA POÊLE À LA MAISON AU MOINS DEUX FOIS LE MOIS PASSÉ, QUELLE ÉTAIT LA PRINCIPALE SORTE DE GRAISSE OU D'HUILE UTILISÉE? [NE LISEZ PAS LA LISTE.]</b>
109		a) Beurre
110		b) Margarine molle
111		c) Margarine dure
112		d) Mélange beurre/margarine 50 / 50
113		e) Mélange beurre/margarine 20 / 80
114		f) Saindoux, bacon ou graisse animale
115		g) Shortening
116		h) Huile
117		i) PAM ou pas d'huile
118		j) Ne sait pas
119		k) N'a pas mangé d'aliments sautés à la maison le mois passé
		<b>SI VOUS AVEZ MANGÉ DES PÂTISSERIES FAITES MAISON AU MOINS DEUX FOIS LE MOIS PASSÉ, QUELLE ÉTAIT LA PRINCIPALE SORTE DE GRAISSE OU D'HUILE UTILISÉE? [NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>
120		a) Beurre
121		b) Margarine molle
122		c) Margarine dure
123		d) Mélange beurre/margarine 50 / 50
124		e) Mélange beurre/margarine 20 / 80
125		f) Shortening
126		g) Huile
127		h) Saindoux, bacon ou graisse animale
128		i) Ne sait pas
129		j) N'a pas mangé de pâtisseries maison qui contenaient des matières grasses le mois passé

N° d'identification : 

	PRINCIPALE SOURCE	
		QUELLE ÉTAIT LA PRINCIPALE SORTE DE « <b>CORPS GRAS</b> » QUE VOUS AVEZ UTILISÉE SUR <b>DU PAIN, DES PETITS PAINS, DES MUFFINS</b> , ETC., LE MOIS PASSÉ? <b>[NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>
130		a) Beurre
131		b) Margarine molle
132		c) Margarine dure
133		d) Margarine à basse teneur en calories
134		e) Mélange beurre/margarine 50 / 50
135		f) Mélange beurre/margarine 20 / 80
136		g) Saindoux, bacon ou graisse de pore
137		h) Aucune tartinaie grasse ou aucun de ces produits
138		i) N'a pas mangé de pain, de petits pains, de muffins, etc., le mois passé
		QUELLE ÉTAIT LA PRINCIPALE SORTE DE « <b>CORPS GRAS</b> » QUE VOUS AVEZ UTILISÉE SUR DES <b>POMMES DE TERRE OU DES LÉGUMES</b> , ETC., LE MOIS PASSÉ? <b>[NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>
139		a) Beurre
140		b) Margarine molle
141		c) Margarine dure
142		d) Margarine à basse teneur en calories
143		e) Mélange beurre/margarine 50 / 50
144		f) Mélange beurre/margarine 20 / 80
145		g) Crème sûre
146		h) Saindoux, graisse de bacon ou graisse animale
147		i) Aucun corps gras ou aucun de ces produits
148		j) N'a pas mangé de pommes de terre ni de légumes le mois passé

N° d'identification : 

**TROISIÈME PARTIE.** La présente section traite de vos habitudes alimentaires du mois passé. Veuillez cocher (✓) une ou plusieurs cases le cas échéant.

	PLUS FRÉQUENTE	[Si la personne n'a pas mangé de viande, de volaille ou de poisson d'après la première partie, veuillez cocher (✓) ci-dessous le cas échéant la case « N'a pas mangé de viande, de volaille ou de poisson cuits selon cette méthode le mois passé » au lieu de poser les questions n° 149 à 198.]
		<b>QUELLE ÉTAIT LA MÉTHODE DE CUISSON LA PLUS COURAMMENT UTILISÉE POUR LA VIANDE QUE VOUS AVEZ MANGÉE LE MOIS PASSÉ? [NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>
149		a) Grillée
150		b) Sautée avec corps gras/frite à la poêle
151		c) Sautée sans gras ou avec graisse en aérosol
152		d) Frite à la grande friture
153		e) Rôtie au four
154		f) Bouillie / en ragoût / braisée
155		g) Cuite au four à micro-ondes
156		h) Cuite au barbecue
157		i) Cuite à la vapeur/pochée
158		j) N'a pas mangé de viande cuite selon ces méthodes le mois passé.
		<b>QUELLE ÉTAIT LA MÉTHODE DE CUISSON LA PLUS COURAMMENT UTILISÉE POUR LA VOLAILLE QUE VOUS AVEZ MANGÉE LE MOIS PASSÉ? [NE LISEZ PAS LA LISTE]</b>
159		a) Grillée
160		b) Sautée avec corps gras/frite à la poêle
161		c) Sautée sans gras ou avec graisse en aérosol
162		d) Frite à la grande friture
163		e) Rôtie au four
164		f) Bouillie / en ragoût / braisée
165		g) Cuite au four à micro-ondes
166		h) Cuite au barbecue
167		i) Cuite à la vapeur/pochée
168		j) N'a pas mangé de volaille cuite selon ces méthodes le mois passé.

		QUELLE ÉTAIT LA <b>MÉTHODE DE CUISSON</b> LA PLUS COURAMMENT UTILISÉE POUR LE <b>POISSON</b> QUE VOUS AVEZ MANGÉ LE MOIS PASSÉ? CELA NE COMPREND PAS LE POISSON EN BOÎTE. [NE LISEZ PAS LA LISTE]
169		a) Grillé
170		b) Sauté avec corps gras/frit à la poêle
171		c) Sauté sans gras ou avec graisse en aérosol
172		d) Frit à la grande friture
173		e) Rôti au four
174		f) Bouilli / en ragoût / braisé
175		g) Cuit au four à micro-ondes
176		h) Cuit au barbecue
177		i) Cuit à la vapeur/poché
178		j) N'a pas mangé de poisson cuit selon ces méthodes le mois passé.
		[Si la personne n'a <u>pas</u> mangé de viande ou de volaille d'après la première partie, veuillez alors cocher (✓) alors ci-dessous le case échéant « N'a pas mangé de viande ou de volaille le mois passé. »]
		AVEZ-VOUS MANGÉ LE <b>GRAS VISIBLE DE LA VIANDE</b> QUE VOUS AVEZ MANGÉE LE MOIS PASSÉ?
179		a) Toujours
180		b) Parfois
181		c) Jamais
182		d) N'a pas mangé de volaille le mois passé
		AVEZ-VOUS MANGÉ LA <b>PEAU DE LA VOLAILLE</b> QUE VOUS AVEZ MANGÉE LE MOIS PASSÉ?
183		a) Toujours
184		b) Parfois
185		c) Jamais
186		d) N'a pas mangé de volaille le mois passé
		AVEZ-VOUS MANGÉ DE LA <b>SAUCE AVEC LA VIANDE OU LA VOLAILLE</b> QUE VOUS AVEZ MANGÉE LE MOIS PASSÉ?
187		a) Toujours
188		b) Parfois
189		c) Jamais
190		d) N'a pas mangé de viande ou de volaille le mois passé

N° d'identification : 

		AVEZ-VOUS MIS DE LA <b>SAUCE</b> SUR LE <b>POISSON</b> QUE VOUS AVEZ MANGÉ LE MOIS PASSÉ? (excluant tous les crustacés et les coquillages)
191		a) Toujours
192		b) Parfois
193		c) Jamais
194		d) N'a pas mangé de poisson le mois passé
		AVEZ-VOUS MIS DE LA <b>SAUCE</b> SUR LES <b>CRUSTACÉS ET LES COQUILLAGES</b> (autres que le homard) QUE VOUS AVEZ MANGÉS LE MOIS PASSÉ?
195		a) Toujours
196		b) Parfois
197		c) Jamais
198		d) N'a pas mangé de crustacés ni de coquillages le mois passé
		LE MOIS PASSÉ, QUELLE A ÉTÉ LA <b>PRINCIPALE SORTE DE SAUCE</b> QUE VOUS AVEZ AJOUTÉE À VOS <b>SALADES</b> ? [NE LISEZ PAS LA LISTE]
199		a) Mayonnaise
200		b) Sauce de type mayonnaise et vinaigrette ordinaire
201		c) Vinaigrette à basse teneur en calories ou réduite en calories
202		d) Autre (p. ex. yogourt, vinaigre seulement, jus de tomate, etc.)
203		e) N'a pas ajouté de sauce
204		f) N'a pas mangé de salade le mois passé

N° d'identification : 

**QUATRIÈME PARTIE.** La présente section traite de LA RAISON POUR LAQUELLE vous avez choisi les aliments que vous avez mangés. (*Demandez rapidement des précisions pour confirmer que la personne prend certaines mesures.*) Veuillez cocher (✓) une ou plusieurs cases le cas échéant.

<b>CHOISISSEZ-VOUS OU ÉVITEZ-VOUS DES ALIMENTS OU DES TYPES D'ALIMENTS PARCE QUE VOUS VOUS PRÉOCCASSEEZ DE CE QUI SUIT :</b>	
205	Maintien ou amélioration de votre santé?
206	Maladies du cœur?
207	Cancer?
208	Ostéoporose (fragilité osseuse)?
209	Hypertension?
210	Diabète?
211	Gain de poids?
<b>CHOISISSEZ-VOUS DES ALIMENTS OU DES TYPES D'ALIMENTS À CAUSE :</b>	
212	des éléments nutritifs qu'ils contiennent?
213	de leur teneur en gras non saturés?
214	de leur teneur en fibres?
<b>ÉVITEZ-VOUS DES ALIMENTS OU DES TYPES D'ALIMENTS À CAUSE :</b>	
215	de leur teneur en matière grasse?
216	de leur teneur en sel?
217	de leur teneur en cholestérol?
218	de leur teneur en sucre?
219	de leur teneur en gras saturé?
<b>NE POSEZ CETTE QUESTION QUE SI LA PERSONNE N'A PAS MENTIONNÉ DE VIANDE :</b>	
220	Êtes-vous végétarien?
<b>SUIVEZ-VOUS UN RÉGIME SPÉCIAL?</b>	
221	<input type="checkbox"/> Oui (Précisez) _____ <input type="checkbox"/> Non (Passez à la question n° 225)
<b>CE RÉGIME SPÉCIAL A-T-IL ÉTÉ PRESCRIT PAR UN MÉDECIN, UN DIÉTÉTISTE OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ?</b>	
222	Médecin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuse de répondre
223	Diététiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuse de répondre
224	Autres professionnels de la santé <input type="checkbox"/> Oui (spécifier) _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuse de répondre

N° d'identification : 

**[SI LA PERSONNE A UNE DEUXIÈME ENTREVUE PRÉVUE, PASSEZ ALORS À LA QUESTION N° 1 DU FORMULAIRE D.]**

225 AVEZ-VOUS DÉJÀ VU LE « **GUIDE ALIMENTAIRE CANADIEN POUR MANGER SAINEMENT** » OU EN AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER? (Montrez le Guide alimentaire.)

- Oui  
 Non (Passez à la question n° 1 du formulaire D.)

226 L'utilisez-vous?

- Oui  
 Non (Passez à la question n° 1 du formulaire D.)

227 Comment l'utilisez-vous? (cocher une ou plusieurs cases quand les réponses sont pertinentes)

- Pour faire mes achats, par exemple, pour m'aider à préparer ma liste d'achats  
 Pour planifier ou choisir mes repas (à la maison)  
 Pour choisir des aliments au restaurant  
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE D**  
**Enquête sur la nutrition au N.-B.**  
**Questionnaire sur la nutrition et la santé**

1. Selon vous, quelles sont les principales causes de cardiopathie? **[NE LISEZ PAS, DEMANDEZ DES PRÉCISIONS SI LA PERSONNE DONNE MOINS DE DEUX RÉPONSES : « POUVEZ-VOUS PENSER À AUTRE CHOSE? » OU BIEN « POUVEZ-VOUS PRÉCISER DAVANTAGE? »]** **[MENTIONNEZ TOUTES LES RÉPONSES.]**

- Tabagisme ..... 01  
Tension artérielle élevée / hypertension..... 02  
Cholestérol sanguin élevé ..... 03  
Manque d'exercice..... 04  
Artériosclérose / durcissement des artères ..... 05  
Mauvais régime alimentaire / mauvaises habitudes  
alimentaires ..... 06  
Excès de poids / obésité..... 07  
Graisse alimentaire : aliments gras / régime riche en gras .. 08  
Cholestérol dans le régime alimentaire / cholestérol  
dans les aliments ..... 09  
Antécédents familiaux / hérédité ..... 10  
Stress / soucis / tension ..... 11  
Alcool / excès de boisson ..... 12  
Mode de vie malsain ..... 13  
Autre ..... 14
- Refuse de répondre ..... 88  
Non / Ne sait pas ..... 99

2. Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a déjà dit que vous faites de l'hypertension?

- Oui ..... 01 (Si c'est un homme, passez à la Q. 3; si c'est une femme, passez à la Q. 2B)  
Non ..... 02 (Passez à la Q. 4)  
Refuse de répondre ..... 88 (Passez à la Q. 4)  
Ne sait pas ..... 99 (Passez à la Q. 4)

- 2a. Étiez-vous enceinte quand on vous a dit que votre tension artérielle était élevée?

- Oui ..... 01  
Non ..... 02  
Refuse de répondre ..... 88  
Ne sait pas ..... 99

3. Selon vous, votre tension artérielle est-elle élevée, basse ou normale maintenant?

- Élevée ..... 01  
Basse ..... 02  
Normale ..... 03  
Refuse de répondre ..... 88  
Ne sait pas ..... 99

N° d'identification : 

- 3a. Faites-vous actuellement quelque chose pour faire baisser ou pour équilibrer votre tension artérielle?
- Oui ..... 01  
 Non ..... 02 (**Passez à la Q. 4**)  
 Refuse de répondre..... 88 (**Passez à la Q. 4**)  
 Ne sait pas..... 99 (**Passez à la Q. 4**)
- 3b. Que faites-vous parmi ce qui suit pour faire baisser ou pour équilibrer votre tension artérielle? **[LISEZ LA LISTE ET COCHEZ TOUTES CE QUI S'APPLIQUE.]**
- Prendre des médicaments..... 01  
 Suivre un régime ..... 02  
 Faire de l'exercice..... 03  
 Essayer de perdre du poids..... 04  
 Autre chose \_\_\_\_\_ 05
- [NE LISEZ PAS]**
- Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas..... 99
4. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez du diabète ou une glycémie élevée?
- Oui..... 01 (**Si c'est un homme, passez à la Q. 5; si c'est une femme, passez à la Q. 4a**)  
 Non ..... 02 (**Passez à la Q. 6**)  
 Refuse de répondre..... 88 (**Passez à la Q. 6**)  
 Ne sait pas..... 99 (**Passez à la Q. 6**)
- 4a. Étiez-vous enceinte quand on vous a dit que vous aviez du diabète ou que votre glycémie était élevée?
- Oui ..... 01  
 Non ..... 02  
 Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas..... 99
5. Selon vous, avez vous du diabète ou d'une glycémie élevée maintenant?
- Oui ..... 01  
 Non ..... 02  
 Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas..... 99
- 5a. Faites-vous actuellement quelque chose pour équilibrer votre diabète ou votre glycémie élevée?
- Oui ..... 01  
 Non ..... 02 (**Passez à la Q. 6**)  
 Refuse de répondre..... 88 (**Passez à la Q. 6**)  
 Ne sait pas..... 99 (**Passez à la Q. 6**)

N° d'identification :     

- 5b. Que faites-vous parmi ce qui suit pour équilibrer votre diabète ou votre glycémie élevée?  
**[LISEZ LA LISTE ET COCHEZ TOUTES CE QUI S'APPLIQUE.]**

Prendre de l'insuline par injection..... 01  
 Prendre des pilules..... 02  
 Suivre un régime ..... 03  
 Faire de l'exercice..... 04  
 Essayer de perdre du poids..... 05  
 Autre chose \_\_\_\_\_ 06

**[NE LISEZ PAS]**

Refuse de répondre ..... 88  
 Ne sait pas..... 99

**[LIREZ]** J'aimerais vous poser quelques questions concernant l'exercice physique que vous faites actuellement.

6. Parmi les affirmations suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux votre type de travail habituel ou de votre travail quotidien?

**[LISEZ LES QUATRE PREMIÈRES OPTIONS.]**

Vous êtes assis pendant la journée et vous n'avez pas beaucoup ..... 01  
 Vous êtes debout ou vous marchez beaucoup, mais vous ne devez pas  
 porter ou soulever des charges très souvent..... 02  
 Vous soulevez ou portez des charges légères, ou vous devez souvent  
 monter des escaliers ou des hauteurs ..... 03  
 Vous faites un travail pénible ou vous portez des charges très lourdes..... 04

**[NE LISEZ PAS]**

Refuse de répondre ..... 88  
 Ne sait pas..... 99

7. Est-ce qu'un problème physique ou de santé vous limite dans la sorte ou la quantité d'activités physiques ou d'exercices que vous pouvez faire?

Oui ..... 01  
 Non ..... 02  
 Temporairement (c.-à-d. à cause d'une blessure, etc.)..... 03  
 Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas..... 99

8. Combien de fois par semaine participez-vous à des activités physiques de faible intensité, comme la marche, le golf, le jardinage, les quilles, etc., pendant au moins 15 minutes chaque fois?

**[LISEZ LES QUATRE PREMIÈRES OPTIONS.]**

Tous les jours ..... 01  
 Trois fois ou plus par semaine, mais pas tous les jours..... 02  
 Moins de trois fois par semaine..... 03  
 Moins d'une fois par semaine..... 04

N° d'identification : 

--	--	--	--	--

**[NE LISEZ PAS]**

- Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas..... 99

9. Combien de fois par semaine participez-vous à des activités physiques de haute intensité, comme la marche rapide, le tennis, le jogging, la nage, la bicyclette, le basket-ball, la danse aérobique, etc., pendant au moins 15 minutes chaque fois?

**[LISEZ LES QUATRE PREMIÈRES OPTIONS.]**

- Tous les jours ..... 01  
 Trois fois ou plus par semaine, mais pas tous les jours..... 02  
 Moins de trois fois par semaine..... 03  
 Moins d'une fois par semaine..... 04

**[NE LISEZ PAS]**

- Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas ..... 99

**[LIRE]** J'aimerais vous poser quelques questions sur votre poids.

10. Avez-vous déjà essayé de perdre du poids?

- Oui ..... 01  
 Non ..... 02  
 Refuse de répondre ..... 88  
 Ne sait pas..... 99

11. Essayez-vous actuellement de : **[LISEZ LES TROIS PREMIÈRES OPTIONS.]**

- Perdre du poids ..... 01  
 Prendre du poids ..... 02 (**Passez à la Q. 14**)  
 Faire ni l'un ni l'autre ..... 03 (**Passez à la Q. 14**)

**[NE LISEZ PAS]**

- Refuse de répondre ..... 88 (**Passez à la Q. 14**)  
 Ne sait pas..... 99 (**Passez à la Q. 14**)

12. Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a conseillé de perdre du poids?

**[LISEZ LA LISTE ET COCHEZ TOUTES LES CASES PERTINENTES.]**

- Conseil d'un médecin ..... 01  
 Conseil d'un autre professionnel de la santé ..... 02  
 C'est sa propre idée ..... 03  
 Autre personne (préciser) \_\_\_\_\_ 04  
 \_\_\_\_\_  
 Refuse de répondre..... 88  
 Ne sait pas..... 99

13. Que faites-vous parmi ce qui suit pour perdre du poids?

**[LISEZ LA LISTE ET COCHEZ TOUTES LES CASES PERTINENTES.]**

- Changer / modifier ses habitudes d'alimentation ..... 01  
 Faire de l'exercice..... 02  
 Sauter des repas ..... 03  
 Prendre des amaigrisseurs..... 04  
 Participer à un programme de contrôle du poids ..... 05  
 Autre chose (préciser) \_\_\_\_\_ 06  
 \_\_\_\_\_



N° d'identification : 

--	--	--	--	--

**SÉCURITÉ ALIMENTAIRE**

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre situation alimentaire.

16. Au cours du mois passé, est-ce qu'un membre de votre famille ou vous-même avez obtenu de la nourriture auprès d'une banque d'alimentaire ou d'une soupe populaire?

Oui ..... 01  
 Non ..... 02 (**Passez à la Q. 18**)  
 Refuse de répondre ..... 88 (**Passez à la Q. 18**)  
 Ne sait pas ..... 99 (**Passez à la Q. 18**)

17. En pensant au mois passé, pendant combien de jours votre famille s'est-elle procuré de la nourriture auprès d'une banque d'alimentaire ou d'une soupe populaire?

Inscrivez le nombre de jours ici ..... \_\_\_\_\_  
 Refuse de répondre ..... 88  
 Ne sait pas ..... 99

18. Parmi les affirmations suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux la quantité de nourriture consommée par votre famille et par vous :

***Avec le revenu familial,***

Il y a toujours assez de nourriture à manger ..... 01 (**Passez au formulaire E**)  
 Parfois, il n'y a pas assez de nourriture à manger ..... 02  
 Souvent, il n'y a pas assez de nourriture à manger ..... 03  
 Refuse de répondre ..... 88 (**Passez au formulaire E**)  
 Ne sait pas ..... 99 (**Passez au formulaire E**)

19. En pensant au mois passé, pendant combien de jours votre famille ou vous n'avez pas eu assez de nourriture à manger?

Inscrivez le nombre de jours ici ..... \_\_\_\_\_  
 Refuse de répondre ..... 88  
 Ne sait pas ..... 99

20. Est-ce que l'un des motifs suivants a contribué à ce manque de nourriture?

- a. Problème de transport .....  
 b. Ne pas avoir les appareils électroménagers (comme un réfrigérateur ou une cuisinière) pour entreposer ou préparer les aliments .....  
 c. Ne pas avoir suffisamment d'argent pour acheter de la nourriture ou des boissons  
 d. Ne pas avoir à votre disposition un choix adéquat d'aliments .....

Oui	Non	NSP/ND

**[LISEZ]** Est-ce les d'autres motifs suivants a contribué à ce manque de nourriture?

1. Si oui (précisez) \_\_\_\_\_  
 2. Si oui (précisez) \_\_\_\_\_

N° d'identification :

21. Je vais maintenant vous lire une série d'affirmations que les gens ont faites au sujet de leur situation alimentaire. Veuillez me dire, pour les 11 affirmations qui suivent, si l'affirmation est souvent vraie, parfois vraie ou si elle n'est jamais vraie pour votre foyer ou pour les personnes qui y vivent.

	Souvent	Parfois	Jamais	NSP/ND
a. Je m'inquiète de savoir si la nourriture va manquer avant d'avoir de l'argent pour en acheter davantage .....				
b. Je m'inquiète de savoir si la nourriture que je peux me permettre d'acheter pour mon ménage sera suffisante .....				
c. La nourriture que j'ai achetée n'a tout simplement pas duré, et je n'avais pas d'argent pour m'en acheter d'autre. ....				
d. Je n'avais plus les aliments dont j'avais besoin pour préparer un repas et je n'avais pas assez d'argent pour m'en procurer davantage .....				
e. Nous avons mangé la même chose plusieurs jours de suite, parce que nous avons seulement quelques différentes sortes d'aliments et pas d'argent pour en acheter davantage .....				
f. J'ai souvent faim, mais je ne mange pas, parce que je ne peux pas me permettre d'acheter assez de nourriture. ....				
g. Je mange moins que ce que je devrais manger à mon avis, parce que je n'ai pas assez d'argent pour la nourriture. ....				
h. Je ne peux pas me permettre de bien manger. ....				
i. Mes enfants ne mangent pas suffisamment parce que je ne peux tout simplement pas me permettre d'acheter assez de nourriture .....				
j. Je sais que mes enfants ont parfois faim, mais je ne peux tout simplement pas me permettre d'acheter davantage de nourriture .....				
k. Je ne peux pas me permettre d'offrir un régime alimentaire équilibré à mes enfants, parce que je n'en ai pas les moyens.....				

22. Veuillez répondre « oui » ou « non » aux deux questions suivantes.

a) Parfois, on perd du poids parce qu'on n'a pas assez à manger. L'année passée, avez-vous perdu du poids parce que vous n'aviez pas assez de nourriture?

- Oui ..... 01
- Non ..... 02
- Refuse de répondre ..... 88
- Ne sait pas..... 99

b) L'année passée, avez-vous eu des tiraillements d'estomac, mais vous n'avez pas pu manger parce que vous ne pouviez pas vous le permettre?

- Oui ..... 01
- Non ..... 02
- Refuse de répondre ..... 88
- Ne sait pas..... 99

N° d'identification : 

## ENQUÊTE SUR LA NUTRITION AU N.-B.

## FORMULAIRE E

## PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Afin de comparer vos réponses avec celles des personnes ayant des antécédents similaires, nous aimerions vous poser quelques questions à propos de vous.

1. Quelle est votre date de naissance?

Jour

Mois

Année

2. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

Anglais

Français

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

3. Combien de personnes, y compris vous-même, vivent dans ce foyer?

Inscrivez le nombre :  (S'il n'y a qu'une personne, passez à la Q. 5)

4. De ce total, combien de personnes ont moins de 18 ans et sont à votre charge?

Inscrivez le nombre :

N° d'identification : 

5. Quel est la dernière année d'enseignement ou le plus haut au niveau d'instruction que vous avez suivi ou terminé? (Indiquez-en seulement un)

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Pas d'études  |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Études primaires  |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Études primaires terminées  |
| 04 | <input type="checkbox"/> | Études secondaires  |
| 05 | <input type="checkbox"/> | Études secondaires terminées  |
| 06 | <input type="checkbox"/> | Études au collège communautaire, au collège technique ou formation d'infirmière           |
| 07 | <input type="checkbox"/> | Études au collège communautaire, au collège technique ou formation d'infirmière terminées |
| 08 | <input type="checkbox"/> | Études universitaires (p. ex. B.A., M.A., Ph. D.) ou école normale                        |
| 09 | <input type="checkbox"/> | Études universitaires (p. ex. B.A., M.A., Ph. D.) ou école normale terminées              |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autres études ou formation (préciser _____)   |

6. Quelle est votre situation de famille actuelle? Êtes-vous...

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Célibataire (Jamais marié)?                           |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Marié (et non séparé) ou vivez-vous en union de fait? |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Séparé?   |
| 04 | <input type="checkbox"/> | Divorcé?  |
| 05 | <input type="checkbox"/> | Veuf?   |

7. Pour des fins statistiques seulement, nous avons besoin de connaître votre meilleure estimation du revenu total, avant impôt, de tous les membres du ménage pour l'année passée (1995). Pourriez-vous me dire en suivant la fiche, quelle est la lettre qui s'applique au revenu total de votre ménage?

- |    |                       |
|----|-----------------------|
| A. | Moins de 5 000 \$     |
| B. | 5 001 \$ à 10 000 \$  |
| C. | 10 001 \$ à 20 000 \$ |
| D. | 20 001 \$ à 30 000 \$ |
| E. | 30 001 \$ à 40 000 \$ |
| F. | 40 001 \$ à 50 000 \$ |
| G. | 50 001 \$ à 60 000 \$ |
| H. | 60 001 \$ et plus     |
| I. | Ne sait pas           |

N° d'identification : 

8. Poids utilisé pour l'étalonnage

Poids posé sur la balance pour l'étalonnage

 •  Kg •  KgPoids  •  Kg ou  lb.Mesuré Indiqué par la personne  ...Motif \_\_\_\_\_Refus 9. Taille  •  cm ou  pieds  poucesMesuré Indiqué par la personne  ...Motif \_\_\_\_\_Refus 10. Tour de taille  •  cm  •  cm  •  cmRefus 11. Tour de hanche  •  cm  •  cm  •  cmRefus 

Remerciements : Enquête sur la nutrition à Terre et au Labrador, 1996  
 Enquête sur la nutrition à l'île-du-Prince Édouard, 1995  
 Enquête sur la nutrition en Alberta, 1994  
 Enquête promotion santé Canada, 1990  
 Enquête sur la nutrition en Nouvelle Écosse, 1990

## **ANNEXE B**

### **Calendrier de formation**

Le calendrier de formation (l'ordre du jour suit) employé avec le manuel sur la formation du projet de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick

#### **Contenu du manuel sur la formation du projet de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick :**

Chapitre 1	Aperçu de l'enquête
Chapitre 2	Personnel de l'enquête
Chapitre 3	Responsabilités des intervieweurs
Chapitre 4	Méthode du sondage
Chapitre 5	Lignes directrices sur les entrevues – directives générales
Chapitre 6	Rappel alimentaire de 24 heures
Chapitre 7	Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments
Chapitre 8	Questionnaire sur la nutrition et la santé
Chapitre 9	Renseignements démographiques
Chapitre 10	Mesures anthropométriques
Chapitre 11	Méthodes de contrôle de la qualité
Chapitre 12	Traitement et manipulation des données

## ENQUÊTE SUR LA NUTRITION AU NOUVEAU-BRUNSWICK

**Programme de formation des intervieweurs**  
Du 23 septembre au 4 octobre 1996, à l'Hôtel Beauséjour  
Moncton (Nouveau-Brunswick)

### PREMIÈRE SEMAINE

DATE 1996	SUJET ET ORDRE DU JOUR	CONFÉRENCIER
<p><i>Le lundi</i> 23 septembre <b>Salle de réunion</b> Salle de bal « B »</p> <p><b>Salles de pause</b> Petites salles</p>	<p>Mot de bienvenue, introduction et aperçu du sondage [chap. 1]</p> <p>Rôles et responsabilités de l'équipe du projet, des intervieweurs et des facilitateurs [chap. 2 et 3] Présentation des participants</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Révision du calendrier de formation Exercice interactif – survie en équipe</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Présentation des formulaires et des modèles de portion de l'enquête [chap. 4]</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Directives générales pour la consignation des quantités à l'aide des modèles de portion [chap. 6] Exercice -&gt; consignation des quantités à l'aide des modèles de portion</p>	<p>L'enquêteuse principale, D<sup>re</sup> Danielle Brulé et les co-enquêteurs : D<sup>re</sup> Jennifer Taylor D<sup>r</sup> Chris Balram</p> <p>Tous les participants</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p>
<p><i>Le mardi</i> 24 septembre <b>Salle de réunion</b> Salle de bal « B »</p> <p><b>Salles de pause</b> Petites salles</p>	<p>Directives générales pour la consignation des quantités à l'aide des modèles de portion</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Lignes directrices sur la description d'aliments [chap. 6]</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Techniques d'entrevue pour l'enquête [chap. 5] Exercice -&gt; première communication au téléphone et comment réagir devant le refus au téléphone</p>	<p>D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p>
<p><i>Le mercredi</i> 25 septembre <b>Salle de réunion</b> Théâtre Capitol</p> <p><b>Salles de pause</b> Petites salles</p>	<p>Lignes directrices sur la description d'aliments</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Lignes directrices sur la description d'aliments Exercice -&gt; consignation des aliments et des quantités (à l'aide du manuel de formation)</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Colonnes codées sur le formulaire de rappel alimentaire de 24 heures Étapes pour faire le rappel alimentaire de 24 heures, poser des questions en faisant preuve d'impartialité</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Atelier sur l'anthropométrie [chap. 10] Exercice -&gt; Mesures anthropométriques</p>	<p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>re</sup> Jennifer Taylor</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>Natalie Carrier D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p>

Annexe B

PREMIÈRE SEMAINE (suite)

DATE 1996	SUJET ET ORDRE DU JOUR	CONFÉRENCIER
<p><i>Le jeudi</i> 26 septembre</p> <p><b>Salle de réunion</b> Théâtre Capitol</p> <p><b>Salles de pause</b> Petites salles</p>	<p>Exercice de consignation des recettes et des suppléments nutritionnels -&gt; formulaire de rappel alimentaire de 24 heures (par groupes de deux)</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments – Partie I [chap. 7]</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments – parties II, III et IV</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Exercice -&gt; Questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments Remplir et revoir les formulaires et les remettre à D<sup>re</sup> Brulé</p>	<p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p>
<p><i>Le vendredi</i> 27 septembre</p> <p><b>Salle de réunion</b> Théâtre Capitol</p> <p><b>Salles de pause</b> Petites salles</p>	<p>Préparation des équipes chargées de l'enquête (intervieweurs et facilitateurs) Ordinogrammes de la collecte des données sur le terrain Présentation d'un exemple à partir de la liste modèle</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Explication des formulaires administratifs et de contrôle des données Logistique concernant la rémunération des intervieweurs</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Explication des formulaires administratifs et de contrôle des données (suite) Serments et photos pour les insignes d'identité Enregistrement sur bande vidéo -&gt; entrevues, communications par téléphone</p> <p>Récapitulation de la formation jusqu'à maintenant et travaux pratiques pour la fin de semaine</p>	<p>Marielle Degrâce</p> <p>Marielle Degrâce John Boyne</p> <p>M. Degrâce et D<sup>re</sup> Jennifer Taylor John Boyne et Marielle Degrâce D<sup>res</sup> D. Brulé et J. Taylor</p> <p>M. Degrâce M. Degrâce et le département des Arts visuels de l'Université de Moncton D<sup>re</sup> D. Brulé</p>

DEUXIÈME SEMAINE

DATE 1996	SUJET ET ORDRE DU JOUR	CONFÉRENCIER
<p><i>Le lundi</i> 30 septembre</p> <p><b>Salle de réunion</b> Salle de bal « C »</p> <p><b>Salles de pause</b> Petites salles</p>	<p>Discussion des travaux pratiques de la fin de semaine (intervieweurs et facilitateurs) (remettre les formulaires de rappel alimentaire de 24 heures à D<sup>re</sup> Brulé) Questionnaire sur le profil démographique – formulaire E [chap. 9]</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Questionnaire sur la nutrition et la santé - formulaire D [chap. 8] Exercice -&gt; formulaires D et E</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Exercice -&gt; Tous les formulaires Groupe A (remettre les formulaires aux facilitateurs)</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Démonstration du fonctionnement du logiciel CANDI [chap. 12] Méthodes de contrôle de la qualité et rétroaction d'Ottawa [chap. 11] Rencontre avec les facilitateurs uniquement</p>	<p>Les intervieweurs et D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé et M. Degrâce</p> <p>M. Degrâce et D<sup>re</sup> D. Brulé D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé et M. Degrâce</p>

## DEUXIÈME SEMAINE (suite)

DATE 1996	SUJET ET ORDRE DU JOUR	CONFÉRENCIER
<p><i>Le mardi 1<sup>er</sup> octobre</i>  <b>Salle de réunion</b>  Salle de bal « C »</p> <p><b>Salles de pause</b>  Petites salles</p>	<p>Discussion et rétroaction à propos des exercices  Exercice -&gt; Tous les formulaires : Groupes (remettre les formulaires aux facilitateurs)</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE pendant l'exercice</b></p> <p>Sécurité personnelle</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Rétroaction de D<sup>re</sup> Brulé au sujet des entrevues précédentes  Travail pratique de préparation pour la découverte de produits alimentaires</p> <p>Visite d'une épicerie</p>	<p>Personnel en formation et facilitateurs  et la D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>Le coordonnateur des services de police communautaires</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé  D<sup>re</sup> D. Brulé, les facilitateurs et les intervieweurs</p> <p>Les facilitateurs et les intervieweurs</p>
<p><i>Le mercredi 2 octobre</i>  <b>Salle de réunion</b>  Salle de bal « C »</p> <p><b>Salles de pause</b>  Petites salles</p> <p><b>Nota : Veuillez emporter les manuels et l'équipement avec vous.</b></p>	<p>Points culminants d'excursion d'épicerie de chaque équipe.  Visionnement de bande vidéo de N.-B.</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Exercice #1 – Menu pré-préparé</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Travaux pratiques pour les entrevues effectuées à domicile  Préparation des salles pour les entrevues bénévoles  Entrevues bénévoles  Vérifier les formulaires et remettre la trousse aux facilitateurs, rencontre avec les facilitateurs</p> <p>FACULTATIF : entrevues effectuées à domicile ce soir</p>	<p>Intervieweurs et facilitateurs  D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>M. Degrâce et D<sup>re</sup> D. Brulé  M. Degrâce et D<sup>re</sup> D. Brulé  Le personnel en formation</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé et M. Degrâce</p>
<p><i>Le jeudi 3 octobre</i>  <b>Salle de réunion</b>  Salle de bal « C »</p> <p><b>Nota : Veuillez emporter les manuels et l'équipement avec vous.</b></p>	<p>Discussion et rétroaction à propos des entrevues avec les bénévoles  Réunion d'équipe</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Évaluation écrite</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Entrevues effectuées à domicile</p> <p>Rencontre avec les facilitateurs et le superviseur du contrôle de la qualité</p>	<p>D<sup>re</sup> D. Brulé et les facilitateurs  Les équipes des intervieweurs et des facilitateurs</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>D<sup>re</sup> D. Brulé et les co-enquêteurs</p>
<p><i>Le vendredi 4 octobre</i>  <b>Salle de réunion</b>  Salle de bal « C »</p>	<p>Discussion et rétroaction à propos des entrevues à domicile  Réponses de l'évaluation écrite</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSE</b></p> <p>Distribution de tous les formulaires et des listes modèles  Récapitulation et discussion finale – questions techniques</p> <p style="text-align: center;"><b>DÎNER</b></p> <p>Dernier examen des questions administratives  Le personnel en formation évalue la formation et formule des recommandations pour la deuxième formation au printemps  Récapitulation finale</p>	<p>D<sup>re</sup> D. Brulé et les facilitateurs  D<sup>re</sup> D. Brulé</p> <p>M. Degrâce  M. Degrâce</p> <p>M. Degrâce et D<sup>re</sup> D. Brulé  Le personnel en formation  L'équipe des enquêteurs du Nouveau-Brunswick</p>

## **ANNEXE C**

### **Formulaires de contrôle des données administratives**

Formulaire	Profil de l'interviewé et enregistrement des appels
Formulaire A-1	Entrée des données
Formulaire	Feuille de comptage principale
Formulaire	Formulaire du contrôle des données

## Enquête sur la nutrition au N.-B. – FORMULAIRE DU PROFIL DE LA PERSONNE RENCONTRÉE

N° d'identification de l'intervieweur :

Étiquette

Numéro de référence  
Sexe, date de naissance  
Nom de famille, Prénom  
Adresse # 1  
Adresse # 2, code postal  
Téléphone

Nouveau nom : \_\_\_\_\_

Nouvelle adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nouveau code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Endroit / Autres observations

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prière de donner le nom d'un proche parent ou d'un ami avec qui nous pouvons communiquer si nous devons vous joindre à nouveau.

Nom de la personne à contacter : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne à contacter : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal de la personne à contacter : \_\_\_\_\_

No de téléphone de la personne à contacter : \_\_\_\_\_

**REGISTRE DES APPELS ET DES RENDEZ-VOUS**

JOUR D'ENTREVUE ATTRIBUÉE : \_\_\_\_\_

APPEL	DATE	HEURE	NOTES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Remerciements : Enquête sur la nutrition à Terre-Neuve-et-Labrador, 1996  
 Enquête sur la nutrition à l'Î.-P.-É., 1994  
 Enquête sur la nutrition en Nouvelle-Écosse, 1990.  
 Enquête sur la nutrition en Saskatchewan, 1994  
 Enquête sur la nutrition en Alberta, 1996.

# ENQUÊTE SUR LA NUTRITION AU N.-B. – ENTRÉE DE DONNÉES

## FORMULAIRE A-1

Date de naissance et sexe exact au moment de l'étiquette

   
 Oui  Non N° d'identification de l'intervieweur :

ÉTIQUETTE : Numéro de référence  
Sexe, date de naissance  
Jour d'entrevue attribué, jour de  
la deuxième entrevue attribué

### SITUATION

- 1  Entrevue obtenue  
 Aucune entrevue obtenue



#### Explication – aucune entrevue :

 Cas de non-réponse → raison de non-réponse :

- 2  Refus  
3  Adresse vérifiée, aucun contact pour l'instant  
4  Langue  
5  Autre \_\_\_\_\_

 Non réglé → raison du cas non réglé :

- 6  Lettre renvoyée, aucune autre précision  
7  Aucune réponse après au moins 5 tentatives au téléphone  
8  Impossible de retracer la personne par téléphone ou par une visite à domicile

 Non admissible → raison de l'inadmissibilité :

- 09  Personne décédée  
10  Femme enceinte ou qui allaite  
11  Personne déménagée à l'extérieur de la province  
12  Personne déménagée à l'intérieur de la province, mais à l'extérieur de votre région  
13  Hospitalisation / maladie rare  
14  Personne vivant en établissement ou dans une réserve  
15  Autre \_\_\_\_\_

Date (réalisation de l'entrevue)          
 Jour (réalisation de l'entrevue)  (1 = lundi, 2 = mardi, ...)

 Jour (réalisation de la deuxième entrevue)  (1 = lundi, 2 = mardi, ...)

### VÉRIFICATION (N° D'IDENTIFICATION) :

 INTERVIEWEUR  

Avis de l'intervieweur sur l'information :

- Fiable  
 Impossibilité de donner des précisions sur un ou plusieurs repas  
 Données non fiables, précisions

 FACILITATEUR  

Résultats de l'entrevue :

- Formulaires entièrement remplis  
 Formulaires partiellement remplis  
 Cas de non-réponse

 NOMBRE TOTAL DE PAGES DANS LE PRÉSENT LOT  

 SUPERVISEUR





## **ANNEXE D**

### **Tableaux et formulaires de non-réponse**

Figure D.1	Ordinogramme des catégories de réponses
Tableau D.1	Tableau de responsabilisation selon le groupe d'âge-sexe au N.-B.
Tableau D.2	Taux de réponse au N.-B. : Limite inférieure de l'analyse selon le groupe d'âge-sexe
Tableau D.3	Taux de réponse au N.-B. : Limite supérieure de l'analyse selon le groupe d'âge-sexe
Tableau D.4	Caractéristiques des répondants et des non-répondants
Formulaire A-2	Questionnaire de non-réponse

Figure D.1 Ordinogramme des catégories de réponses

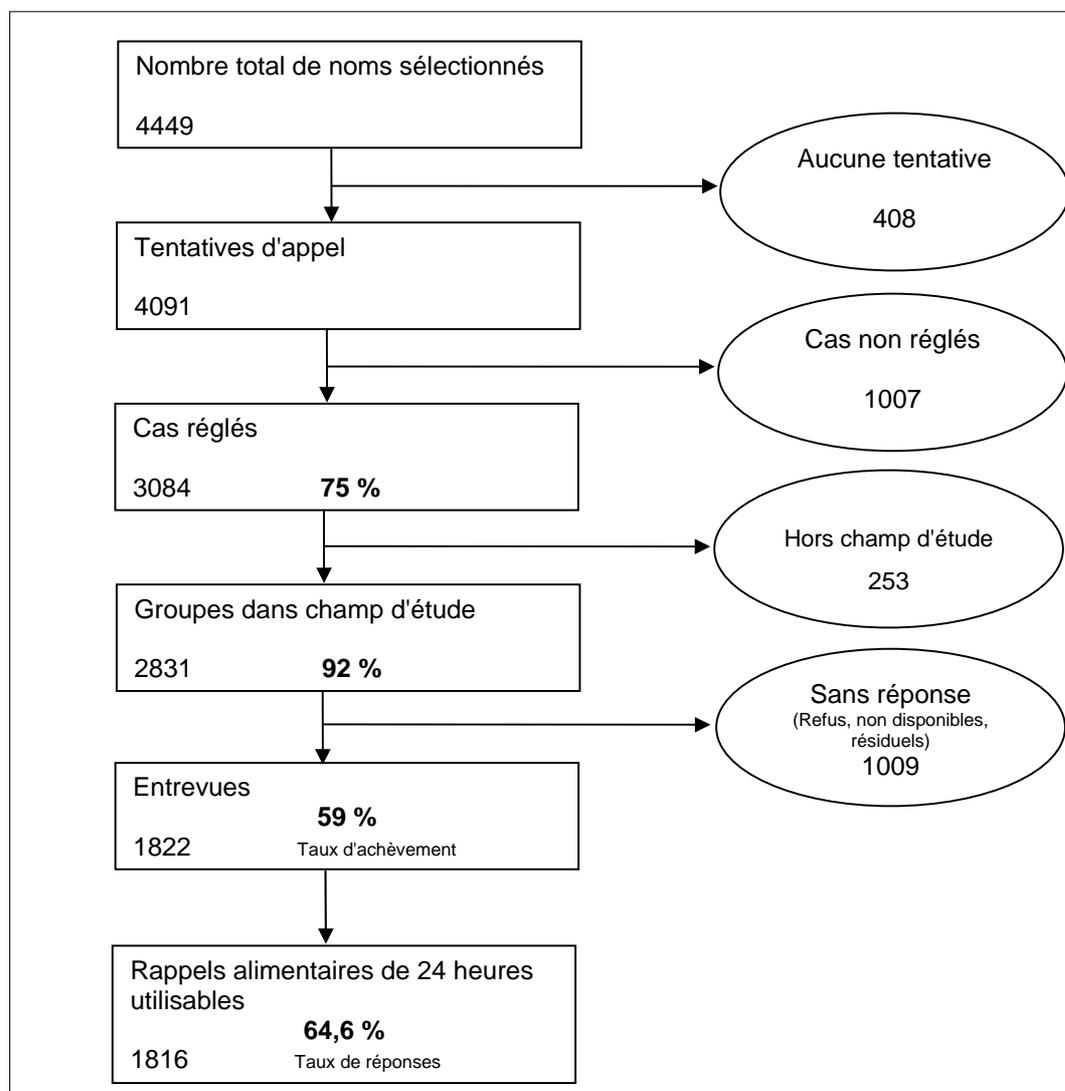


Tableau D.1 Tableau de responsabilisation au N.-B. selon le groupe d'âge-sexe

		Échantillonnage selon le groupe d'âge-sexe											Total	
		H 18-29	H 30-39	H 40-49	H 50-59	H 60-69	H 70-74	F 18-29	F 30-39	F 40-49	F 50-59	F 60-69		F 70-74
Nombre	Somme	401	419	417	419	411	183	405	409	422	418	417	178	4499
Tentatives	Somme	358	370	378	388	372	176	370	366	385	381	377	170	4091
Réglés	Somme	233	251	284	300	296	157	230	267	292	310	316	148	3084
Dans champ d'étude	Somme	188	239	267	285	275	134	179	246	285	297	301	135	2831
Interrogés	Somme	110	137	166	178	176	89	116	172	190	200	210	78	1822
Rappelés	Somme	108	137	165	178	176	89	115	172	190	200	208	78	1816
Réponses fiables	Somme	108	137	165	178	176	89	115	172	190	200	208	78	1816

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

Tableau D.2 Taux de réponse au N.-B. : Limite inférieure de l'analyse selon le groupe d'âge-sexe (pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

Échan. selon gr. âge-sexe	Saison					
	Automne 1996		Printemps 1997		Toutes	
	Taux de	n	Taux de	n	Taux de	n
	réponse		réponse		réponse	
H 18-29	0,36	144	0,33	169	0,35	313
H 30-39	0,45	166	0,33	192	0,38	358
H 40-49	0,49	171	0,43	190	0,46	361
H 50-59	0,53	174	0,43	199	0,48	373
H 60-69	0,52	168	0,49	183	0,50	351
H 70-74	0,64	72	0,53	81	0,58	153
F 18-29	0,36	149	0,36	170	0,36	319
F 30-39	0,49	156	0,51	189	0,50	345
F 40-49	0,49	173	0,52	205	0,50	378
F 50-59	0,59	167	0,51	201	0,54	368
F 60-69	0,55	168	0,60	194	0,57	362
F 70-74	0,46	65	0,52	92	0,50	157
Total	0,49	1773	0,46	2065	0,47	3838

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

Tableau D.3 Taux de réponses au N.-B. : Limite supérieure de l'analyse selon les groupes d'âge-sexe (pourcentage des personnes selon l'âge et le sexe)

Échan. selon gr. âge-sexe	Saison					
	Automne 1996		Printemps 1997		Toutes	
	Taux de réponse	n	Taux de réponse	n	Taux de réponse	n
H 18-29	0,57	91	0,58	97	0,57	188
H 30-39	0,60	123	0,54	116	0,57	239
H 40-49	0,63	134	0,61	133	0,62	267
H 50-59	0,64	143	0,61	142	0,62	285
H 60-69	0,64	137	0,64	138	0,64	275
H 70-74	0,70	66	0,63	68	0,66	134
F 18-29	0,62	86	0,67	93	0,64	179
F 30-39	0,69	110	0,71	136	0,70	246
F 40-49	0,63	133	0,70	152	0,67	285
F 50-59	0,70	141	0,65	156	0,67	297
F 60-69	0,67	138	0,71	163	0,69	301
F 70-74	0,49	61	0,65	74	0,58	135
Total	0,64	1363	0,65	1468	0,64	2831

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

Tableau D.4 Caractéristiques des répondants et des non-répondants<sup>1</sup>

	Répondants		Non-répondants <sup>1</sup>	
	Nbre	%	Nbre	%
<b>Fumeurs de tous les jours :</b>				
Hommes	225	26	86	23
Femmes	228	23	72	19
<b>Consommation de pain</b>				
Blanc	1071	60	399	55
Pain de blé entier	582	35	270	37
<b>Consommation de lait</b>				
Lait 2 %	889	51	382	55
Lait entier	234	14	106	16
Lait 1 %	264	15	83	12
<b>Utilisateurs de suppléments de vitamines et de minéraux</b>				
Hommes	225	26	86	25
Femmes	385	41	135	37

Source : BSBAI 451311-009 N.-B.

<sup>1</sup> Non-répondants de l'Enquête sur la nutrition au Nouveau-Brunswick et ayant rempli les questions de non-réponse

**EN CAS DE NON-RÉPONSE**

**FORMULAIRE A-2**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de référence

Questions posées aux personnes ne répondant pas au questionnaire Oui  Non

*Si vous vous heurtez à un refus : Lors du premier contact téléphonique, si une personne admissible refuse de participer, dites-lui que vous avez quelques questions brèves à lui poser. Rappelez-lui que ces questions la concernent personnellement et non pas le ménage.*

*Si la personne accepte : Posez seulement les question 1 à 4 après avoir rempli le Profil démographique (formule E) mais avant de passer aux mesures staturo-pondérales.*

1. Au cours du mois dernier, avez-vous mangé du pain?

Oui  Non

Dans l'affirmative, quel type de pain mangez-vous habituellement? (couchez une seule case) **NE LISEZ PAS**

<input type="checkbox"/> Pain de blé entier (100 %, 80 %, 60 %) <input type="checkbox"/> Multi-grains/blé concassé <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Pain blanc <input type="checkbox"/> Seigle, genre « pumpernickel » <input type="checkbox"/> Autre _____
---	--

2. Au cours du mois dernier, avez-vous consommé du lait?

Oui  Non

Dans l'affirmative, quel type de lait consommé-vous habituellement? (couchez une seule case) **NE LISEZ PAS**

<input type="checkbox"/> Lait entier <input type="checkbox"/> Lait 2 % <input type="checkbox"/> Lait 1 % <input type="checkbox"/> Lait écrémé <input type="checkbox"/> Lait écrémé en poudre	<input type="checkbox"/> Lait évaporé <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas
--	---

3. Au cours du mois dernier, avez-vous pris des suppléments de vitamines ou de minéraux?

Oui  Non

4. Avez-vous déjà fumé des cigarettes?

Oui  Non → TERMINEZ.  Refuse de répondre → TERMINEZ.

↓ Fumez-vous des cigarettes en ce moment?

Oui  Non → TERMINEZ.  Refuse de répondre → TERMINEZ.

↓ Fumez-vous habituellement des cigarettes tous les jours?

Oui  Non → TERMINEZ.  Refuse de répondre → TERMINEZ.

↓ Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

Nombre  Refuse de répondre

## ANNEXE E

### Apport nutritionnel

### Intervalles de confiance

- Tableau E.1 **Apport nutritionnel** selon le sexe : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.2 **Apport nutritionnel** des hommes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.3 **Apport nutritionnel** des femmes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.4 **Densité nutritionnelle** de l'apport des hommes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.5 **Densité nutritionnelle** de l'apport des femmes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.6 **Apport suffisant en micronutriments** chez les hommes : pourcentage des personnes et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.7 **Apport suffisant en micronutriments** chez les femmes : pourcentage des personnes et intervalles de confiance de 95 %
- Tableau E.8 **Apport nutritionnel moyen** selon la région géographique
- Tableau E.9 **Apport nutritionnel moyen** selon l'éducation

## Annexe E

Tableau E.1 Apport nutritionnel<sup>1</sup> selon le sexe : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %

Éléments nutritifs	n	Hommes 853		Femmes 963			
		Moyenne	IC inférieur	IC supérieur	Moyenne	IC inférieur	IC supérieur
Énergie		2582	2495	2669	1729	1681	1778
Protéines		103	98	107	69,9	67,5	72,3
Glucides		314	306	322	221	216	227
Matières grasses totale		97,5	94,2	100,8	63,1	61,4	64,7
AGS		33,7	32,4	35,1	22,1	21,5	22,7
AGP		15,9	15,3	16,5	10,5	9,7	11,4
AGMI		39,1	37,7	40,6	24,6	24,1	25,0
Cholestérol		364	353	375	228	199	256
Fibres		16,6	16,0	17,1	12,9	12,5	13,4
Sodium		3577	3346	3808	2537	2492	2582
Potassium		3346	3236	3457	2464	2401	2527
Calcium		866	820	891	694	651	736
Phosphore		1510	1464	1555	1092	1045	1139
Magnésium		320	307	333	242	233	251
Fer		16,6	16,1	17,2	11,9	11,2	12,5
Zinc		13,5	12,6	14,5	8,8	8,2	9,3
Vitamine A		1227	1075	1380	1086	770	1402
Thiamine		1,76	1,69	1,83	1,25	1,20	1,30
Riboflavine		2,05	1,98	2,13	1,52	1,41	1,64
Niacine		44,5	42,1	46,9	30,6	29,7	31,6
Vitamine B <sub>6</sub>		1,99	1,90	2,09	1,41	1,36	1,45
Vitamine B <sub>12</sub>		7,12	6,69	7,55	4,76	2,19	7,34
Acide pantothénique		5,50	5,32	5,87	3,95	3,71	4,20
Acide folique		241	229	252	191	175	207
Vitamine C		103,0	97,0	109,0	93,6	82,6	105,0
Caféine		211	192	231	168	156	180
Alcool		7,85	5,48	10,20	2,39	0,74	4,00

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Tableau E.2 Apport nutritionnel<sup>1</sup> des hommes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %

Éléments nutritifs	n	18-34 163			35-49 247			50-64 260			65-74 183		
		Médiane	IC inférieur	IC supérieur									
Énergie		2616	2516	2741	2461	2374	2535	2233	2155	2307	2020	1914	2120
Protéines		98	94	100	97	94	99	91	88	93	81	76	83
Glucides		338	316	353	294	288	305	283	271	289	257	243	274
Matières grasses totales		93	90	102	91	85	95	80	77	84	70	66	74
AGS		33	32	36	32	29	33	26	24	28	23	22	24
AGP		14,0	14,0	16,0	14,0	13,0	14,0	13,0	12,0	14,0	11,0	10,0	12,0
AGMI		37	36	41	36	33	38	31	29	33	27	25	29
Cholestérol		289	264	310	320	303	339	284	271	309	245	225	271
Fibres		14,0	13,0	15,0	14,0	13,0	16,0	16,0	15,0	18,0	14,0	14,0	16,0
Sodium		3631	3547	3739	3327	3229	3455	3060	2901	3193	2711	2603	2873
Potassium		3135	2941	3320	3176	3065	3291	3113	2997	3237	2964	2842	3145
Calcium		826	771	915	768	728	812	660	630	707	658	620	689
Phosphore		1495	1441	1565	1449	1390	1503	1313	1269	1366	1284	1224	1346
Magnésium		298	289	316	300	287	311	306	285	313	272	260	287
Fer		15,0	15,0	16,0	15,0	15,0	16,0	15,0	14,0	16,0	14,0	14,0	15,0
Zinc		12,0	11,0	12,0	12,0	12,0	12,0	11,0	11,0	12,0	9,8	9,3	10,0
Vitamine A		667	616	745	781	730	817	775	737	809	916	807	1018
Thiamine		1,7	1,6	1,8	1,6	1,5	1,7	1,5	1,4	1,6	1,5	1,4	1,6
Riboflavine		1,9	1,8	2,1	1,9	1,8	2,0	1,8	1,7	1,9	1,6	1,6	1,7
Niacine		42	41	44	41	40	43	39	38	40	35	33	37
Vitamine B <sub>6</sub>		1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9
Vitamine B <sub>12</sub>		3,9	3,7	4,2	4,0	3,7	4,2	3,3	3,0	3,6	3,3	3,2	3,7
Acide pantothénique		5,0	4,7	5,5	5,1	4,9	5,3	4,8	4,7	5,0	4,8	4,5	5,0
Acide folique		217	205	230	219	207	230	227	215	240	210	203	220
Vitamine C		75	58	86	75	67	86	72	69	79	69	60	79

<sup>1</sup> Apports provenant de sources de nourriture seulement, rajustés en fonction de la variance intrasujet

Source : BSBAI E451311-009BV2

Tableau E.3 Apport nutritionnel<sup>1</sup> des femmes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %

Éléments nutritifs	n	18-34 194			35-49 283			50-64 297			65-74 189		
		Médiane	IC inférieur	IC supérieur									
Énergie		1744	1696	1819	1572	1533	1624	1565	1518	1615	1500	1446	1563
Protéines		66	62	70	66	63	68	65	63	67	63	60	65
Glucides		222	212	231	201	193	206	203	195	212	209	199	217
Matières grasses totales		60	58	61	56	54	58	53	52	55	48	45	51
Gras saturé		21	21	22	19	18	20	18	17	19	15	14	17
Gras polyinsaturé		9,2	8,8	9,5	8,8	8,5	9,2	8,3	8,0	8,8	8,1	7,6	8,6
Gras monoinsaturé		23	22	24	21	21	22	20	19	21	17	17	19
Cholestérol		186	175	198	182	173	194	184	177	194	169	159	178
Fibres		10,0	9,0	11,0	11,0	10,0	12,0	12,0	12,0	13,0	15,0	13,0	16,0
Sodium		2519	2462	2588	2318	2204	2408	2240	2168	2332	2173	2072	2289
Potassium		2210	2102	2353	2286	2200	2366	2466	2405	2548	2542	2360	2587
Calcium		648	600	700	568	535	609	578	545	628	528	499	587
Phosphore		1047	998	1098	991	959	1036	1001	958	1051	994	934	1070
Magnésium		220	208	231	219	208	229	233	224	242	241	229	254
Fer		11,0	11,0	11,0	11,0	10,0	11,0	11,0	11,0	11,0	12,0	11,0	12,0
Zinc		7,7	7,4	8,1	7,8	7,4	8,2	7,7	7,5	7,9	7,4	7,1	8,0
Vitamine A		552	516	588	579	554	615	696	659	742	814	720	905
Thiamine		1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,4
Riboflavine		1,4	1,4	1,5	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4
Niacine		29	27	30	28	28	29	28	27	29	28	26	29
Vitamine B <sub>6</sub>		1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4	1,3	1,5	1,5	1,3	1,5
Vitamine B <sub>12</sub>		2,3	2,2	2,7	2,4	2,2	2,6	2,5	2,3	2,6	2,3	2,2	2,5
Acide pantothénique		3,6	3,5	3,7	3,5	3,4	3,6	3,8	3,7	3,9	3,8	3,6	4,0
Acide folique		157	152	162	170	163	178	184	176	194	190	180	200
Vitamine C		62	56	77	58	47	69	72	65	78	78	70	92

<sup>1</sup> Apports provenant de sources de nourriture seulement, rajustés en fonction de la variance intrasujet

Source : BSBAI E451311-009BV2

Tableau E.4 Densité nutritionnelle<sup>1</sup> de l'apport des hommes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %

Éléments nutritifs	18-34 163			35-49 247			50-64 260			65-74 183		
	Moyenne	IC inférieur	IC supérieur									
Protéines	38,6	37,2	39,3	42,4	39,1	45,7	41,6	39,6	43,6	41,3	41,0	42,1
Glucides	124,3	122,5	126,1	119,5	116,1	122,9	125,5	123,0	128,1	128,3	123,7	134,0
Matières grasses totales	38,7	37,4	40,0	39,2	37,4	40,9	36,8	35,8	39,3	35,7	33,4	38,0
AGS	13,0	12,5	13,5	13,1	12,4	13,8	12,1	11,3	13,0	12,2	11,6	12,7
AGP	6,10	5,86	6,34	5,92	5,51	6,34	6,30	5,85	6,75	5,94	5,68	6,20
AGMI	14,9	14,8	15,1	15,2	15,1	15,3	14,5	14,1	14,9	13,8	12,8	14,8
Cholestérol	127,6	111,2	144,0	155,9	147,0	164,7	150,7	144,8	156,7	143,9	131,4	156,4
Fibres	5,81	5,71	5,91	6,81	5,75	7,86	8,00	6,95	9,04	8,31	7,46	9,17
Sodium	1449	1350	1547	1415	1257	1573	1405	1330	1481	1418	1342	1495
Potassium	1234	1184	1284	1357	1293	1420	1450	1382	1519	1552	1467	1638
Calcium	332,7	306,9	358,5	343,0	327,6	358,4	327,7	321,9	333,6	350,9	335,5	366,2
Phosphore	574,2	550,8	597,7	609,8	587,5	632,1	615,9	578,1	653,7	643,3	632,2	654,4
Magnésium	118	105	131	131	125	137	141	130	151	140	131	150
Fer	6,09	5,92	6,26	6,66	6,19	7,14	7,31	6,33	8,30	7,80	7,00	8,61
Zinc	5,02	4,63	5,41	5,54	5,26	5,81	6,01	4,76	7,27	5,40	5,10	5,69
Vitamine A	484,2	257,9	710,5	485,6	412,3	558,9	545,0	514,9	575,1	730,9	673,0	788,9
Thiamine	0,67	0,63	0,71	0,71	0,59	0,82	0,76	0,70	0,81	0,77	0,74	0,80
Riboflavine	0,78	0,69	0,87	0,83	0,82	0,85	0,83	0,79	0,86	0,85	0,82	0,87
Niacine	16,5	16,0	17,1	18,5	16,8	20,2	18,3	17,1	19,4	18,1	17,1	19,0
Vitamine B <sub>6</sub>	0,75	0,67	0,82	0,80	0,75	0,86	0,84	0,80	0,88	0,91	0,85	0,97
Vitamine B <sub>12</sub>	2,52	1,80	3,24	2,93	2,28	3,57	2,95	2,34	3,55	4,32	1,99	6,67
Acide pantothénique	2,06	1,79	2,31	2,23	2,18	2,28	2,30	2,23	2,37	2,47	2,32	2,63
Acide folique	87,6	69,8	105,4	96,9	88,4	105,5	109,2	102,5	115,9	111,6	101,9	121,2
Vitamine C	40,5	34,6	46,5	42,7	33,3	52,1	43,2	40,1	46,2	42,0	33,1	50,9
Caféine	54	51	56	122	105	138	113	108	117	93	79	106
Alcool	2,53	1,70	3,35	3,11	1,64	4,59	2,14	1,52	2,76	1,49	0,71	2,28

<sup>1</sup> Apport moyen par 1 000 kcal; apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Tableau E.5 Densité nutritionnelle<sup>1</sup> de l'apport des femmes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %

Éléments nutritifs	18-34			35-49			50-64			65-74		
	Moyenne	IC		Moyenne	IC		Moyenne	IC		Moyenne	IC	
		inférieur	supérieur									
	n	194		283		297		189				
Protéines	39,0	37,6	40,5	42,1	40,7	43,5	43,2	41,4	45,1	42,2	40,1	44,3
Glucides	130,9	127,8	134,0	126,8	122,9	130,7	131,3	128,8	133,7	136,7	132,4	141,1
Matières grasses totales	35,6	33,9	37,3	36,0	34,6	37,5	33,6	32,7	34,4	31,6	29,5	33,6
Gras saturé	12,8	11,4	14,2	12,4	12,2	12,6	12,1	11,6	12,6	11,1	10,4	11,7
Gras polyinsaturé	5,8	5,3	6,4	6,1	5,9	6,3	5,7	5,5	5,9	6,0	5,0	7,0
Gras monoinsaturé	13,8	13,0	14,6	14,3	13,9	14,6	13,2	12,9	13,5	12,5	11,8	13,1
Cholestérol	129,4	98,8	160,1	132,6	117,4	147,8	141,6	135,6	147,5	131,1	106,0	156,1
Fibres	6,5	6,0	7,0	7,7	7,3	8,0	8,9	8,6	9,2	10,2	9,9	10,6
Sodium	1529	1492	1565	1500	1474	1526	1534	1452	1616	1481	1269	1692
Potassium	1348	1285	1411	1516	1425	1606	1641	1593	1688	1669	1628	1710
Calcium	410	374	445	401	361	441	416	369	463	375	351	398
Phosphore	619	583	655	634	602	666	681	638	725	668	650	685
Magnésium	133	127	139	148	142	154	159	152	166	161	160	162
Fer	6,58	6,09	7,07	7,08	6,53	7,63	7,64	7,42	7,87	7,67	7,45	7,89
Zinc	4,85	4,40	5,31	5,37	4,80	5,93	5,43	5,03	5,83	5,31	5,15	5,48
Vitamine A	619,1	212,2	1026,0	563,4	468,1	658,7	798,8	675,7	912,9	880,9	775,2	4,85
Thiamine	0,68	0,67	0,70	0,75	0,67	0,82	0,81	0,76	0,86	0,87	0,80	0,93
Riboflavine	0,91	0,79	1,03	0,87	0,81	0,94	0,92	0,88	0,95	0,90	0,90	0,91
Niacine	17,2	16,7	17,7	18,7	18,4	19,1	19,0	18,5	19,5	19,0	17,2	20,9
Vitamine B <sub>6</sub>	0,76	0,70	0,82	0,84	0,78	0,90	0,95	0,91	0,99	0,99	0,89	1,09
Vitamine B <sub>12</sub>	3,62	-0,54	7,78	2,43	1,85	3,01	2,66	2,01	3,26	2,22	1,57	2,86
Acide pantothénique	2,28	2,05	2,50	2,28	2,07	2,49	2,54	2,42	2,67	2,60	2,47	2,73
Acide folique	105,7	85,5	126,0	114,8	98,3	131,3	130,7	126,8	134,7	131,5	117,0	146,1
Vitamine C	57,0	54,7	59,6	54,0	35,3	78,8	59,8	54,7	64,9	62,2	47,8	76,7
Caféine	79	70	88	162	151	172	124	109	139	100	70	130
Alcool	0,99	-0,17	2,15	1,36	0,73	2,00	0,96	0,82	1,10	0,77	0,64	0,91

<sup>1</sup> Apport moyen par 1 000 kcal; apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Tableau E.6 Apport suffisant en micronutriments chez les hommes : pourcentage des personnes<sup>1</sup> et intervalles de confiance de 95 %

	BME	De 19 à 34 ans		De 35 à 49 ans		De 50 à 64 ans		De 65 à 70 ans	
		% (n)	IC de 95 %						
Acide folique (µg)	320	22 (12)	7-18	9 (22)	5-12	14 (35)	9-18	4 (5)	0,6-8
Niacine (mg)	12	100		100		100		100	
Phosphore (mg)	580	100		100		100		99 (115)	97-101
Riboflavine (mg)	0,9	92 (148)	88-96	95 (234)	93-98	98 (253)	96-99	95 (115)	91-99
Thiamine (mg)	1	94 (142)	90-98	93 (229)	90-96	91 (235)	87-94	89 (163)	85-94
Vitamine A (µg)	625	55 (88)	47-63	74 (184)	68-79	74 (194)	68-79	80 (146)	74-86
Vitamine B <sub>12</sub> (µg)	2	97 (156)	95-100	94 (232)	91-97	87 (226)	83-91	86 (99)	79-92
Vitamine C (mg)	75	50 (81)	43-58	50 (125)	44-57	48 (121)	41-54	43 (51)	34-52
Zinc (mg)	9,4	100		100		100		100	

	BME	De 19 à 30 ans		De 31 à 50 ans		De 51 à 70 ans		De 70 à 74 ans	
		% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %
Magnésium (mg)	330 de 19 à 30 ans 350 de 31 à 74 ans	38 (43)	29-47	28 % (N = 184)		IC de 95 % : 24-32			
Vitamine B <sub>6</sub> (mg)	1,1 de 19 à 50 ans 1,4 de 50 ans et plus	98 % (n = 420)		IC de 95 % : 97-99		78 % (n = 323)		IC de 95 % : 74-82	
Fer (mg)	6	100 % (n = 410)				100 % (n = 442)		IC de 95 % : 99-100	

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

Source : BSBAI E451311-009BV2

Tableau E.7 Apport suffisant en micronutriments chez les femmes : pourcentage des personnes<sup>1</sup> et intervalles de confiance de 95 %

	BME	De 19 à 34 ans		De 35 à 49 ans		De 50 à 64 ans		De 65 à 70 ans	
		% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %
Acide folique (µg)	320	2 (3)	0-4	2 (7)	0,6-4	5 (16)	3-7	2 (2)	0-4
Niacine (mg)	11	100		99 (281)	98-100	99 (295)	98-100	100	
Phosphore (mg)	580	93 (177)	89-97	93 (265)	91-96	95 (284)	93-98	90 (116)	85-95
Riboflavine (mg)	0,9	91 (172)	87-95	89 (253)	86-93	92 (274)	89-95	86 (111)	80-92
Thiamine (mg)	0,9	81 (148)	75-87	74 (210)	69-79	77 (227)	72-82	80 (148)	74-85
Vitamine A (µg)	625	61 (116)	54-68	65 (187)	60-71	79 (234)	74-83	85 (160)	80-90
Vitamine B <sub>12</sub> (µg)	2	64 (123)	57-71	67 (191)	61-72	74 (219)	69-79	65 (83)	56-73
Vitamine C (mg)	75	53 (100)	45-60	50 (140)	44-55	60 (179)	54-66	69 (89)	62-77
Zinc (mg)	6,8	71 (136)	65-78	65 (185)	59-70	66 (196)	61-72	66 (125)	59-73
	BME	De 19 à 30 ans		De 31 à 50 ans		De 51 à 70 ans		De 71 à 74 ans	
		% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %	% (n)	IC de 95 %
Magnésium (mg)	330 de 19 à 30 ans 350 de 31 à 74 ans	27 (32)	19-35	27 % (n = 223) IC de 95 % : 23-30					
Vitamine B <sub>6</sub> (mg)	1,1 de 19 à 50 ans 1,4 de 50 ans et plus	66 % (n = 335) IC de 95 % : 62-70		58 % (n = 264) IC de 95 % : 54-63					
Fer (mg)	8,1 de 19 à 50 ans 5 de 50 ans et plus	89 % (n = 421) IC de 95 % : 86-92		99 % (n = 480) IC de 95 % : 98-100					

<sup>1</sup> Rajustés en fonction de la variance intrasujet; apports provenant de sources de nourriture seulement.

Source : BSBAI E451311-009BV2

Tableau E.8 Apport nutritionnel moyen<sup>1</sup> selon la région géographique - Partie 1

	Moncton			Saint John			Fredericton			Edmundston		
	Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]	
Moyenne												
Protéines	16,2	15,6	16,7	16,5	15,9	17,1	15,3	14,8	15,9	16,3	15,4	17,3
Glucides	51,0	50,0	52,0	50,0	49,0	51,1	50,2	49,2	51,3	51,1	49,5	52,7
Matières grasses totales	31,9	31,0	32,8	32,3	31,2	33,3	32,8	31,8	33,8	31,9	30,6	33,2
Gras saturé	11,0	10,6	11,4	11,5	11,0	12,0	11,5	11,1	12,0	10,3	9,8	10,9
Gras polyinsaturé	5,4	5,2	5,7	5,1	4,9	5,4	5,2	5,0	5,5	5,8	5,3	6,3
Gras monoinsaturé	12,5	12,1	12,9	12,6	12,1	13,1	12,9	12,4	13,4	12,6	11,8	13,0
Cholestérol	250,6	238,0	263,3	234,6	223,4	245,8	270,2	255,0	285,4	258,0	235,1	280,9
Fibres	15,0	14,2	15,9	14,4	13,5	15,4	15,4	14,3	16,4	14,3	12,9	15,6
Sodium	3020,0	2848,5	3189,4	2773,8	2621,4	2926,3	3230,4	3043,7	3417,0	3196,0	2898,4	3493,5
Potassium	2902,0	2761,1	3042,8	2784,7	2626,3	2943,1	3064,5	2899,3	3229,7	2822,5	2899,3	3230,0
Calcium	730,4	697,2	763,6	711,8	673,7	749,9	765,1	727,2	803,0	629,1	584,3	673,9
Phosphore	1283,1	1218,5	1347,7	1237,0	1166,7	1307,3	1373,5	1295,1	1451,9	1235,5	1121,7	1349,4
Magnésium	277,7	265,3	290,1	269,7	255,2	284,1	302,8	285,9	319,7	271,0	248,2	2293,9
Fer	13,7	13,3	14,1	12,7	12,3	13,1	123,9	13,4	14,3	13,5	12,7	14,2
Zinc	9,7	9,5	10,0	9,4	9,1	9,7	10,0	9,6	10,3	10,0	9,4	10,5
Vitamine A	803,9	757,0	850,9	781,3	737,2	825,5	763,3	724,5	802,0	692,8	637,2	748,4
Thiamine	1,5	1,4	1,5	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,3	1,5
Riboflavine	1,7	1,6	1,8	1,6	1,5	1,6	1,8	1,7	1,9	1,6	1,5	1,7
Niacine	35,1	34,0	36,3	33,8	32,7	34,9	35,9	34,7	37,2	36,0	33,7	38,4
Vitamine B <sub>6</sub>	1,6	1,5	1,7	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,5	1,8
Vitamine B <sub>12</sub>	3,8	3,4	4,1	3,1	2,9	3,3	3,7	3,2	4,3	3,4	2,8	6,2
Acide pantothénique	4,7	4,4	5,0	4,3	4,1	4,6	5,0	4,6	5,4	4,7	4,2	5,2
Acide folique	214,8	20,4	226,1	201,3	189,5	213,2	230,8	214,5	247,0	206,8	188,1	225,4
Vitamine C	107,8	96,5	119,2	61,5	80,8	102,1	105,3	94,0	116,6	90,7	77,0	104,5
Alcool	3,1	1,8	4,5	3,8	2,5	5,1	7,3	4,1	10,4	2,4	0,7	4,2
Caféine	107,7	151,0	190,6	207,3	183,3	231,3	210,1	177,9	242,4	221,1	128,7	313,4

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Tableau E.8 Apport nutritionnel moyen<sup>1</sup> selon la région géographique – Partie 2

	Campbellton			Bathurst			Miramichi		
	Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]	
Moyenne									
Protéines	17,9	15,4	20,5	17,6	16,7	18,5	16,5	15,5	17,4
Glucides	49,3	46,4	52,2	48,1	16,5	49,8	49,2	47,3	51,1
Matières grasses totales	30,2	28,3	32,1	32,6	31,3	33,9	33,4	31,8	35,0
Gras saturé	10,6	9,7	11,6	11,1	10,5	11,7	11,4	10,7	12,1
Gras polyinsaturé	5,0	4,4	5,6	5,5	5,1	5,9	5,5	4,9	6,1
Gras monoinsaturé	11,7	10,8	12,6	13,4	12,6	14,1	13,2	12,4	14,1
Cholestérol	282,8	247,7	317,9	296,5	276,4	316,6	296,5	276,5	316,6
Fibres	15,5	12,8	18,2	14,6	13,4	15,7	13,1	11,3	15,0
Sodium	2802,9	2451,3	3154,4	3295,8	2981,5	3611,0	3109,0	2777,9	3440,0
Potassium	3111,9	2749,7	3474,1	2964,0	2767,4	3160,6	2685,3	2471,8	2898,7
Calcium	722,6	992,0	783,3	723,5	667,1	779,8	686,3	614,6	757,9
Phosphore	1380,2	1241,8	1518,7	1375,1	1276,7	1473,6	1256,9	1136,8	1377,0
Magnésium	308,0	271,5	344,6	279,5	261,2	297,9	254,5	233,7	275,2
Fer	14,5	12,7	16,4	14,1	13,4	14,9	13,4	12,7	14,2
Zinc	10,2	9,0	11,3	10,8	10,3	11,2	10,1	9,4	10,7
Vitamine A	817,1	697,9	936,3	937,9	865,2	1040,6	747,9	689,4	806,5
Thiamine	1,5	1,3	1,6	1,5	1,4	1,6	1,4	1,3	1,5
Riboflavine	1,7	1,6	1,9	1,9	1,8	2,0	1,7	1,6	1,9
Niacine	38,3	34,4	42,1	38,1	36,5	39,6	35,0	323,0	37,1
Vitamine B <sub>6</sub>	1,8	1,6	2,0	1,7	1,7	1,8	1,5	1,4	1,6
Vitamine B <sub>12</sub>	4,6	2,9	6,2	4,4	3,7	5,1	3,5	3,1	3,8
Acide pantothénique	5,1	4,5	5,7	5,2	4,7	5,6	4,4	4,0	4,8
Acide folique	237,5	203,5	271,4	235,5	205,3	265,6	189,5	175,0	204,0
Vitamine C	114,5	82,5	146,5	92,9	80,0	105,8	73,9	61,0	86,8
Alcool	10,9	1,9	19,9	7,2	2,7	11,8	6,3	-0,9	13,5
Caféine	124,9	188,4	161,5	141,6	119,7	163,5	196,0	153,7	238,3

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

Tableau E.9 Apport nutritionnel moyen<sup>1</sup> selon l'éducation

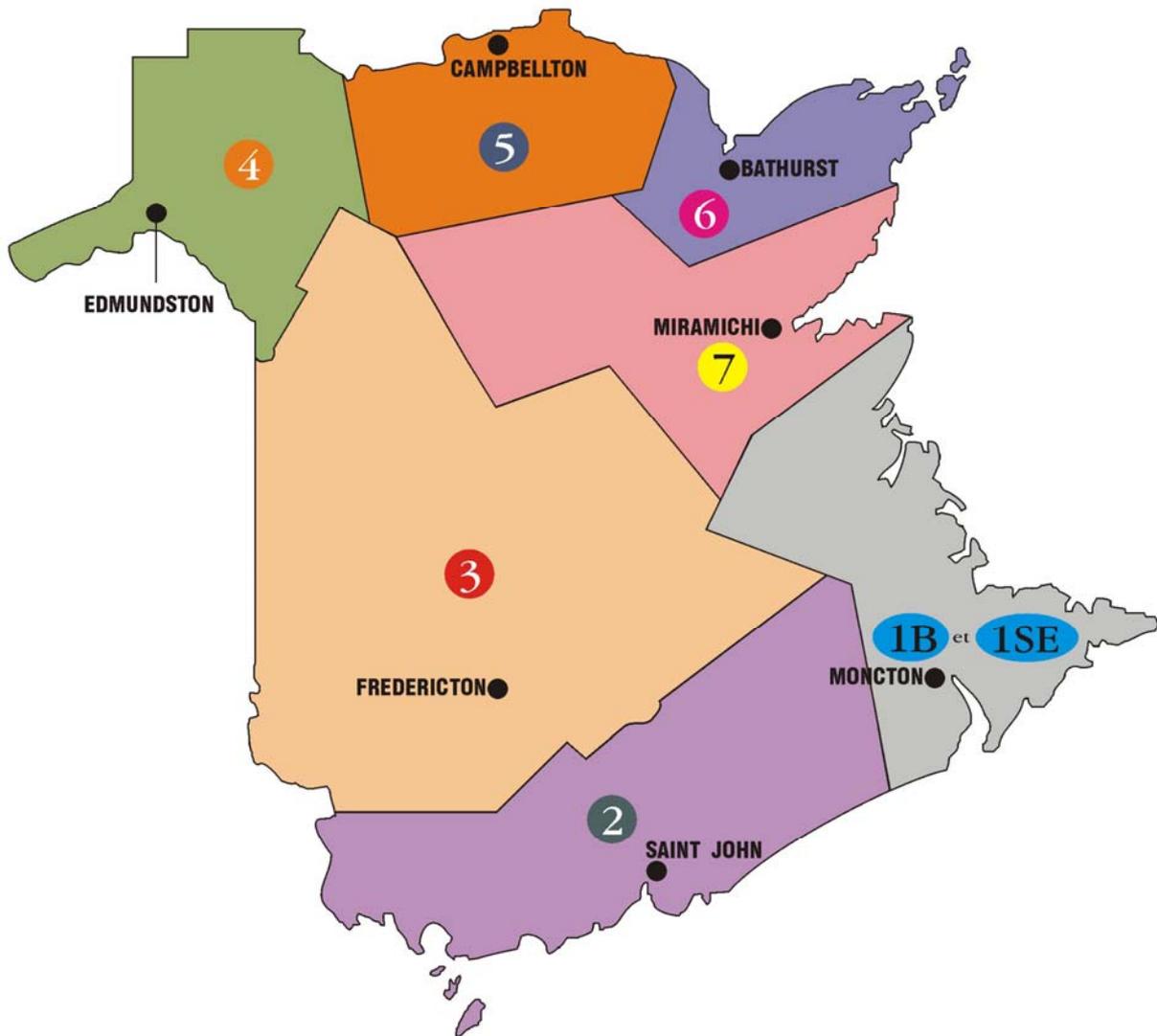
Moyenne	Élémentaire			Secondaire			Post secondaire		
	Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]		Estimation	[IC de 95 %]	
Protéines	16,8	15,8	17,8	16,4	15,9	16,7	16,1	15,8	16,5
Glucides	51,1	49,5	52,7	49,6	48,8	50,4	50,5	49,7	51,2
Matières grasses totales	31,8	30,5	33,1	32,8	32,1	33,5	32,0	31,3	32,6
Gras saturé	10,5	9,9	11,1	11,2	10,9	11,6	11,3	11,0	11,6
Gras polyinsaturé	5,2	4,9	5,6	5,3	5,1	5,5	5,4	5,2	5,6
Gras monoinsaturé	12,4	11,7	13,2	13,1	12,7	13,4	12,5	12,2	12,8
Cholestérol	248,5	230,7	266,3	262,1	252,6	271,7	260,6	251,2	270,7
Fibres	15,4	13,9	16,9	14,3	13,6	15,0	15,0	14,4	15,6
Sodium	2624,7	2379,6	2869,8	3066,0	2938,9	3193,1	3108,7	2986,4	3230,9
Potassium	2812,7	2628,5	2997,0	2835,6	2723,2	2948,0	2978,8	2877,2	3080,5
Calcium	603,2	564,5	642,0	693,2	666,7	719,6	762,3	737,6	787,0
Phosphore	1171,8	1094,0	1249,7	1277,9	1227,2	1328,6	1339,1	1290,3	1387,8
Magnésium	264,2	244,2	284,1	273,9	263,7	284,1	289,2	279,2	299,1
Fer	13,5	121,8	14,1	13,5	13,2	13,9	13,6	13,3	13,9
Zinc	9,8	9,1	10,5	9,9	9,7	10,0	9,9	9,7	10,1
Vitamine A	876,2	807,1	945,4	783,8	753,9	813,6	782,1	748,0	816,2
Thiamine	1,4	1,3	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5
Riboflavine	1,6	1,5	1,7	1,7	1,6	1,7	1,8	1,7	1,8
Niacine	34,4	32,7	36,1	35,4	34,5	36,2	35,8	35,0	36,6
Vitamine B <sub>6</sub>	1,6	1,5	1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7
Vitamine B <sub>12</sub>	3,4	3,0	3,8	3,8	3,5	4,1	3,5	3,3	3,8
Acide pantothénique	4,6	4,2	4,9	4,6	4,4	4,8	4,9	4,6	5,1
Acide folique	208,0	192,1	223,8	203,5	195,6	211,4	228,0	216,8	239,1
Vitamine C	86,0	72,9	99,0	86,9	79,7	94,1	110,1	102,2	118,0
Alcool	1,2	0,0	2,3	5,0	3,1	6,9	5,8	4,1	7,5
Caféine	195,4	156,3	234,5	202,8	176,7	229,0	177,4	162,6	192,1

<sup>1</sup> Apports basés sur des rappels alimentaires d'un seul jour (sources de nourriture seulement)

## **ANNEXE F**

### **Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick**

Figure F.1 Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick\*



\* Carte actuelle au moment du sondage : 1996-1997

## ANNEXE G

### Listes des figures

- Figure 2.1 Cheminement des données de l'enquête  
Figure 2.2 Apport calorique de l'énergie : observé par opposition à rajusté  
Figure 2.3 Apport en glucides : observé par opposition à rajusté  
Figure 2.4 Apport en lipides : observé par opposition à rajusté
- Figure 3.1 Taux de réponse selon l'âge et le sexe
- Figure 4.1 Groupes de revenu de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997  
Figure 4.2 Groupes de revenu modifiés pour l'Enquête sur la nutrition au N.-B.
- Figure 6.1 Indice de masse corporelle (IMC)  
Figure 6.2 Classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille  
Figure 6.3 Classification du risque pour la santé en fonction de l'IMC et du tour de taille  
Figure 6.4 Activité physique signalée des hommes du N.-B.  
Figure 6.5 Activité physique signalée des femmes du N.-B.  
Figure 6.6 Pourcentage d'adultes inactifs selon l'IMC  
Figure 6.7 Calculs du métabolisme  
Figure 6.8 Apport énergétique signalé inférieur à l'apport nécessaire pour le maintien du poids  
Figure 6.9 Revenu selon l'IMC  
Figure 6.10 Niveau d'éducation selon l'IMC
- Figure D.1 Ordinogramme des catégories de réponses
- Figure F.1 Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick

### Liste des tableaux

- Tableau 2.1 Dénombrements de la population du N.-B. de 1996 par couche d'âge-sexe  
Tableau 3.1 Résultats de l'échantillonnage par groupe d'âge-sexe pour les deux saisons  
Tableau 3.2 Distribution des entrevues selon le jour de la semaine  
Tableau 3.3 Profil de la population du N.-B. (1996) selon l'âge et le sexe  
Tableau 3.4 Poids d'échantillonnage, selon la saison
- Tableau 4.1 Taille de l'échantillon selon la région géographique et la saison  
Tableau 4.2 Caractéristiques démographiques de l'Enquête sur la nutrition au N.-B.  
Tableau 4.3 Niveau de revenu adéquat
- Tableau 5.1 Apports nutritionnels des hommes du N.-B.  
Tableau 5.2 Apports nutritionnels des femmes du N.-B.  
Tableau 5.3 Percentiles de l'apport nutritionnel des hommes du N.-B. selon l'âge  
Tableau 5.4 Percentiles de l'apport nutritionnel des femmes du N.-B. selon l'âge

Tableau 5.5	Densité nutritionnelle de l'apport des hommes du N.-B.
Tableau 5.6	Densité nutritionnelle de l'apport des femmes du N.-B.
Tableau 5.7	Sources nutritionnelles contribuant à l'apport énergétique
Tableau 5.8	Comparaison des apports moyens de macronutriments avec les recommandations
Tableau 5.9	Répartition des apports de macronutriments
Tableau 5.10	Prévalence de l'insuffisance de micronutriments chez les hommes
Tableau 5.11	Prévalence de l'insuffisance de micronutriments chez les femmes
Tableau 5.12	Répartition des apports en calcium
Tableau 5.13	Hommes du N.-B. : Répartition des apports en fibres alimentaires
Tableau 5.14	Femmes du N.-B. : Répartition des apports en fibres alimentaires
Tableau 5.15	Apports nutritionnels moyens dans les enquêtes provinciales sur la nutrition
Tableau 5.16	Répartition des apports en fibres et en macronutriments dans les enquêtes provinciales sur la nutrition
Tableau 5.17	Apport nutritionnel au N.-B. en 1996-1997 et apport nutritionnel dans la région de l'Atlantique en 1972
Tableau 6.1	Indice de masse corporelle au N.-B. (1996-1997)
Tableau 6.2	Tour de taille au N.-B. (1996-1997)
Tableau 6.3	Risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle et du tour de taille
Tableau 6.4	Apport énergétique déclaré et besoins énergétiques estimatifs selon l'âge et le sexe
Tableau 6.5	Moyenne de l'apport énergétique et de l'apport en matières grasses selon l'IMC
Tableau 6.6	Apport énergétique global et apport en micronutriments global selon l'IMC
Tableau 6.7	IMC des hommes du N.-B. selon le revenu du ménage
Tableau 6.8	IMC des femmes du N.-B. selon le revenu du ménage
Tableau 6.9	IMC des hommes du N.-B. selon le niveau de formation le plus élevé
Tableau 6.10	IMC des femmes du N.-B. selon le niveau de formation le plus élevé
Tableau 7.1	Consommation de légumes sélectionnés
Tableau 7.2	Consommation d'aliments sélectionnés parmi le groupe des viandes et substituts
Tableau 7.3	Consommation de produits laitiers sélectionnés
Tableau 7.4	Types de laits liquides consommés
Tableau 7.5	Consommation de produits céréaliers sélectionnés
Tableau 7.6	Consommation de produits de boulangerie et pâtisseries riches en gras sélectionnés
Tableau 7.7	Fréquence des repas à l'extérieur
Tableau 8.1	Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de macronutriments
Tableau 8.2	Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport en fibres, en minéraux sélectionnés et en électrolytes
Tableau 8.3	Contribution des groupes alimentaires et des aliments individuels à l'apport de vitamines sélectionnées
Tableau 9.1	Croyances à l'égard des principales causes des maladies du cœur
Tableau 9.2	Choisir ou éviter certains aliments en raison des préoccupations de santé
Tableau 9.3	Diagnostic signalé pour certains problèmes de santé
Tableau 9.4	Façons perçues pour améliorer les habitudes alimentaires

## Annexe G

Tableau 9.5	Choisir ou éviter certains aliments en fonction de leur teneur en éléments nutritifs
Tableau 9.6	Sources d'information pour manger sainement
Tableau 9.7	Connaissance et utilisation du <i>Guide alimentaire canadien pour manger sainement</i>
Tableau 10.1	Apport moyen en nutriment selon le niveau de revenu adéquat
Tableau D.1	Tableau de responsabilisation au N.-B. selon le groupe d'âge-sexe
Tableau D.2	Taux de réponse au N.-B. : Limite inférieure de l'analyse selon le groupe d'âge-sexe
Tableau D.3	Taux de réponses au N.-B. : Limite supérieure de l'analyse selon les groupes d'âge-sexe
Tableau D.4	Caractéristiques des répondants et des non-répondants
Tableau E.1	Apport nutritionnel selon le sexe : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.2	Apport nutritionnel des hommes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.3	Apport nutritionnel des femmes : apports médians et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.4	Densité nutritionnelle de l'apport des hommes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.5	Densité nutritionnelle de l'apport des femmes : apports moyens et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.6	Apport suffisant en micronutriments chez les hommes : pourcentage des personnes et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.7	Apport suffisant de micronutriments chez les femmes : pourcentage des personnes et intervalles de confiance de 95 %
Tableau E.8	Apport nutritionnel moyen selon la région géographique
Tableau E.9	Apport nutritionnel moyen selon l'éducation