

Profil Alimentaire des Enfants Canadiens vivants dans les Ménages Immigrants Arabes

Introduction

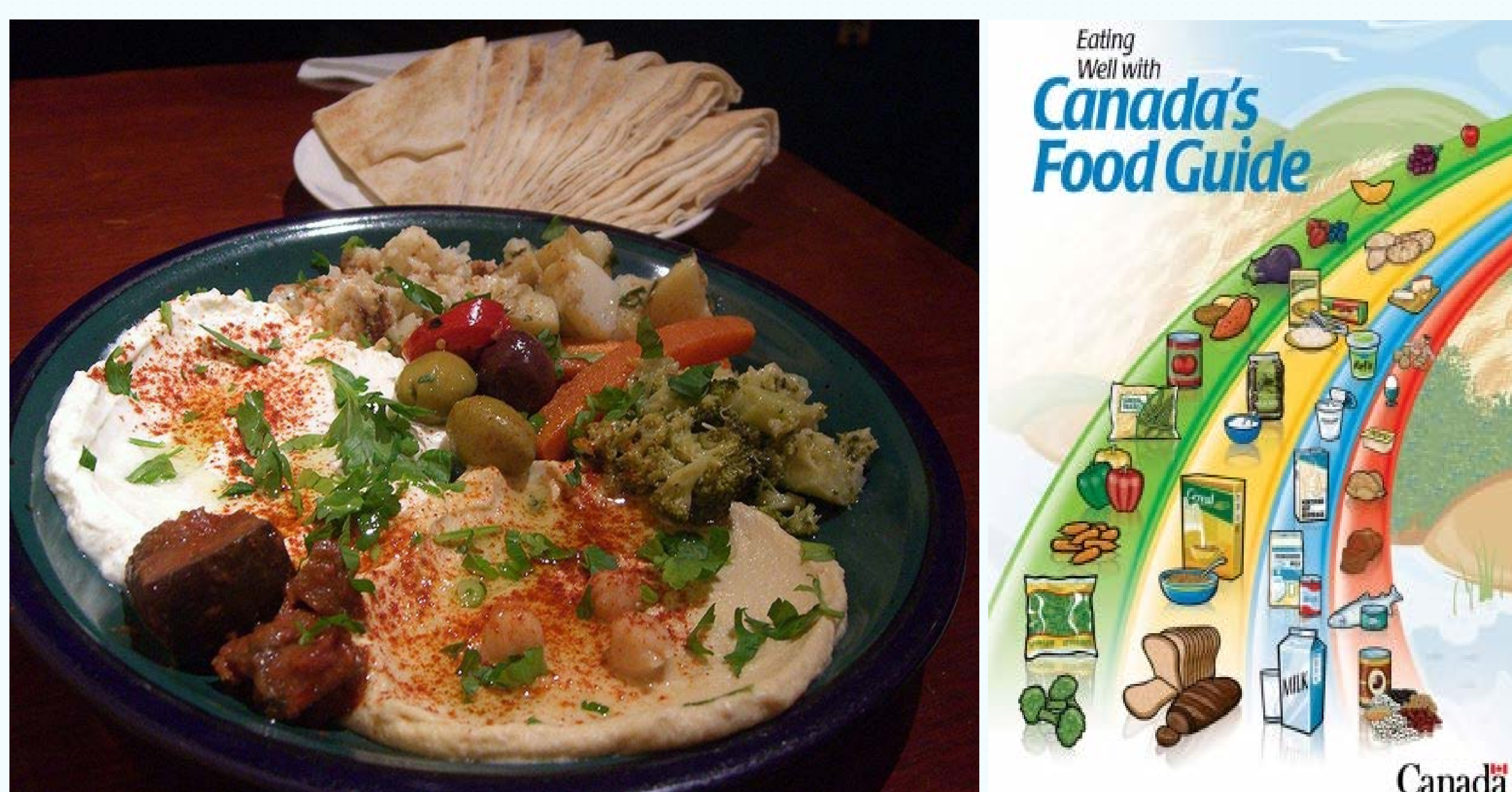
La prévalence combinée de l'obésité et de l'embonpoint a augmenté considérablement au Canada et cet accroissement est plus marqué chez les enfants et les adolescents¹.

Bien que les immigrants représentent une part importante de la population Canadienne, on sait peu sur les habitudes de vie ayant une influence sur le développement des maladies chroniques dans ce groupe. Or diverses études rapportent que les immigrants arrivent au Canada avec un état de santé générale fort appréciable mais prennent rapidement du poids et développent très vite des maladies chroniques².

Les changements dans les habitudes de vie en particulier les habitudes alimentaires et la sédentarité sont potentiellement parmi les principales causes de cette détérioration de l'état de santé des immigrants à leur arrivée. Les communautés immigrantes musulmanes et/ou arabes ont des défis particuliers au niveau de l'alimentation et de l'activité physique en raison de certaines exigences culturelles. L'hypothèse de ce travail est qu'en raison de cette acculturation, la prévalence des problèmes de nutrition est plus importante dans cette communauté que dans les autres.

Objectif

Comparer les habitudes alimentaires et les prévalences de l'obésité chez les enfants des communautés immigrantes arabes avec les prévalences des autres communautés immigrantes et la population générale Canadienne.



Méthodologie

Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'Enquête Canadienne de santé des collectivités 2004 cycle 2.2 Nutrition disponible à Statistiques Canada. Au total 566 enfants et adolescents âgés de 2 à 17 ans issus de ménages immigrants ont participé à cette enquête. Parmi eux, 49 vivaient dans des ménages s'identifiant comme arabes.

Des informations portant sur les caractéristiques socio-économiques, le poids corporel, l'alimentation et la nutrition, la sécurité alimentaire, la perception sur l'état de santé générale, les activités physiques, des conditions de santé chroniques entre autres, ont été recueillies au cours de cette enquête.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour effectuer des analyses statistiques descriptives en vue de comparer les certaines caractéristiques démographiques et de santé ainsi que les apports alimentaires.

Résultats & Discussion

La prévalence de l'obésité n'était pas significativement différente, bien que les immigrants tendaient à faire plus d'embonpoint. De même, l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré est comparable entre les deux groupes (Tableau 1). Toutefois, l'IMC auto-évalué est largement supérieur chez les immigrants Arabes (24,9 versus 18,62 kg/m²) qui ont tendance à surestimer leur poids tandis que les autres communautés ont tendance à sous-estimer le leur. Cela pourrait traduire une différence de perception culturelle du poids santé.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques, sanitaires et nutritifs des enfants canadiens de ménages arabes comparativement à leurs paires de ménages non-arabes

	Immigrants arabes	Immigrants non Arabes	Enfants non-immigrants	différence
Taille du ménage (nombre total de personnes vivants dans le ménage)	4,95	3,91	3,96	0,816
Ménages à faibles revenus (%)	4,7	21	10,5	0,05
Condition chronique (au moins une, %)	15,8	7,9	17,8	0,195
IMC auto-reporté (kg/m ²)	24,90	18,62		0,022
IMC mesuré (kg/m ²)	19,70	19,95	20,04	0,453
Obésité/embonpoint (mesuré)				
Embonpoint (%)	25	19	20,00	0,838
Obese (%)	6,3	6,7	9,9	0,405
Surpoids (obésité + embonpoint)	31,3	25,7	29,9	
Enfants vivants dans un ménage en insécurité alimentaire (%)	21	7,4	8,5	0,05
Faible consommation de fruits et légumes, < 5 portions (%)	67,5	57,9	-	-
fruits et légumes (portion)	4,2	4,3	4,6	0,336
sodium (mg)	3104	3218	3391	0,916

La figure 2 montre qu'en générale, les immigrants ont une consommation alimentaire totale plus faible que la population non-immigrante. Ce qui se traduit par un apport quotidien également plus faible pour l'ensemble des nutriments. Cela présente des avantages pour les nutriments énergétiques (glucides, lipides, sucres et cholestérol).

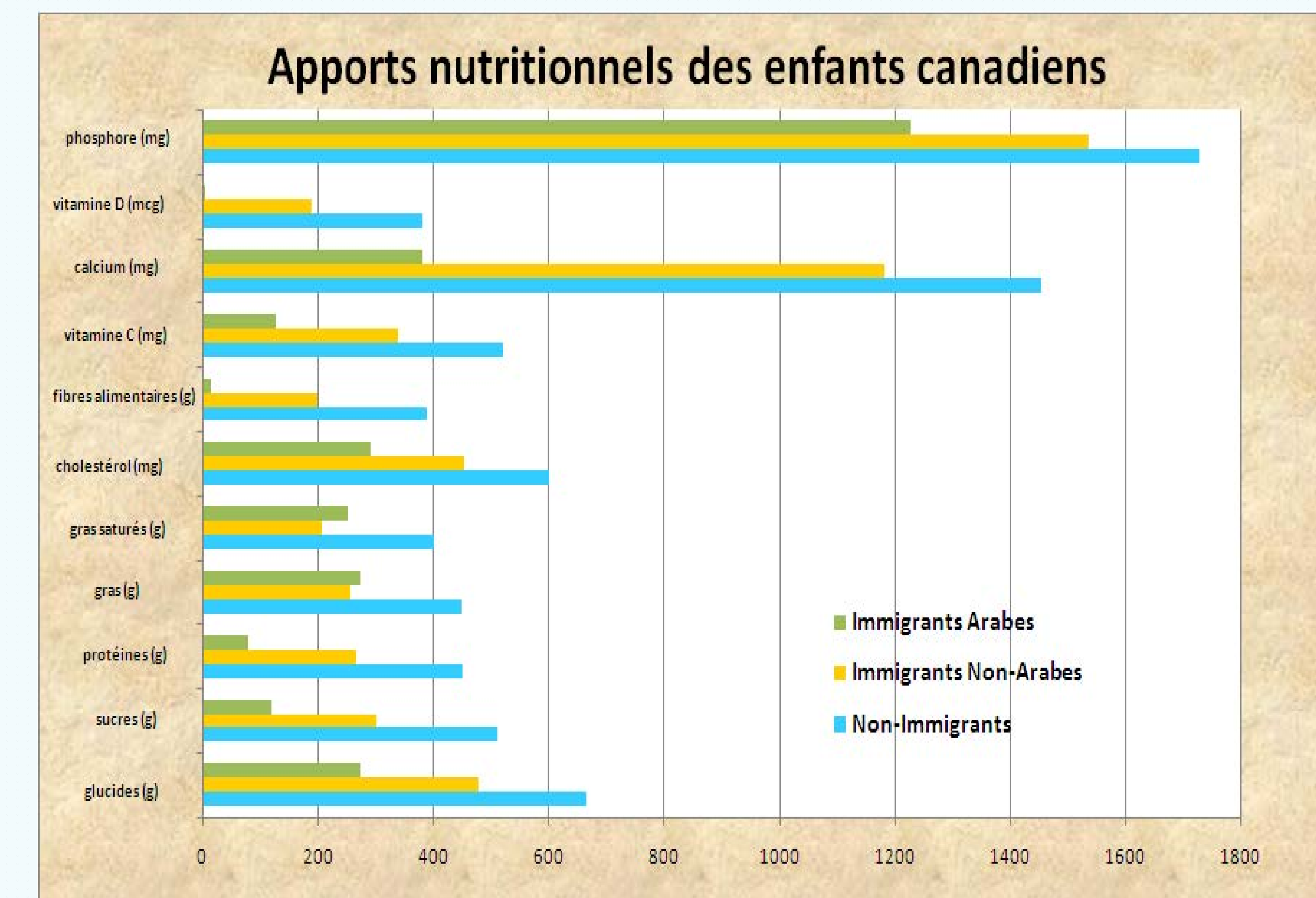
Par contre, les niveaux particulièrement bas de calcium et de vitamine D pourraient les exposer à un risque plus élevé de développer les troubles liés à une déficience en ces nutriments. Ces faibles valeurs pourraient être liés à une plus faible consommation de produits laitiers au sein de ces populations immigrantes.

Par contre, les enfants de ménages Arabes tout comme ceux des autres ménages immigrants ou non-immigrants ont en moyenne des apports en sodium au dessus de l'apport maximum toléré.

On note environ trois fois plus d'enfants de ménages Arabes en insécurité alimentaire (21% versus 7,4%).

Il se pourrait que les défis liés à la consommation de produits Halal qui doivent être importés dans la plupart du temps rende plus difficile l'accessibilité alimentaire exposant ainsi les consommateurs à un risque plus élevée d'insécurité alimentaire.

Figure 2: Quantité moyenne de nutriments ingérés au cours des dernières 24 heures



En outre, le fait que beaucoup de ménages Arabes ont un faible revenu pourrait augmenter leur niveau d'insécurité alimentaire comme cela a été observé pour l'ensemble de la population Canadienne.

Conclusion

La prévalence de l'obésité ne semble pas différente chez les enfants Canadiens selon qu'ils vivent dans un ménage immigrant ou pas.

Il semble y avoir un niveau d'exposition divergent entre les enfants Canadiens d'immigrants Arabes et leurs paires en fonction des facteurs de risques considérées. En effet, le niveau d'exposition alimentaire au risque d'obésité semble plus faible chez les enfants Arabes tandis que ces derniers courent plus de risque de développer des troubles liés à une faible consommation en fibres alimentaires, en vitamine D et en calcium.

Malheureusement le faible nombre d'enfants Arabes incluent dans la base de données ne permet pas d'explorer plus en profondeur les relations entre les différents facteurs de risque et l'obésité.

En outre, il est important d'étendre les analyses chez les adultes comment cela pourrait se manifester en termes d'incidence de maladies chroniques.

Dans tous les cas, il semble que les programmes publics de prévention des maladies chroniques ne pourraient être efficaces que si elles tiennent compte de la spécificité de chaque population.

Références

1- Shields M, 2006. L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada. Catalogue no 82-620-MWF2005001. Statistiques Canada.

2- Setia MS, 2009. Convergence of body mass index of immigrants to the Canadian born population: evidence from the National Population Health Survey (1994-06). 24:611-23.

Remerciements

- ❖ Programme d'initiation à la recherche au premier cycle (PIRPC), Université d'Ottawa
- ❖ Statistiques Canada