

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation
au sein d'une population autochtone au Québec

par

Geneviève Mercille

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en Santé communautaire

Août 2007

© Geneviève Mercille, 2007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé
Déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation
au sein d'une population autochtone au Québec

présenté par
Geneviève Mercille

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dr Jennifer O'Loughlin
Présidente-rapporteuse

Dr Louise Potvin
Directrice de recherche

Dr Olivier Receveur
Codirecteur

Dr Clément Dassa
Membre du jury

RÉSUMÉ

Le but principal de cette étude était de vérifier l'hypothèse d'une association inverse entre les perceptions des compétences (auto-efficacité (AE)) pour s'alimenter sainement chez des femmes adultes d'une communauté autochtone avec le niveau d'insécurité alimentaire (IA) du foyer. Les scores obtenus à des échelles mesurant les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement ont servi à calculer les quatre variables dépendantes. Des modèles de régression linéaire multiple sur les données d'enquête pour 99 des 107 femmes atikamekw, responsables de l'approvisionnement alimentaire, ont permis de vérifier qu'une situation d'IA grave dans le ménage au cours de l'année précédente est associée à un score d'AE significativement moins élevé pour s'alimenter sainement, comparé aux deux autres catégories de sécurité alimentaire, pour trois des quatre variables dépendantes. Les autres variables associées à l'AE concernent l'approvisionnement en nourriture du ménage, le statut matrimonial, les habitudes de consommation d'alcool, le statut pondéral et la maîtrise de la langue maternelle.

L'application du concept d'AE dans cette étude a contribué à une meilleure compréhension des variables qui influencent les compétences pour s'alimenter sainement chez les femmes atikamekw. Celles-ci s'avèrent intimement liées à l'IA et aussi à l'obésité, particulièrement dans les cas les plus sévères. Il faut rester conscient des limites des politiques nutritionnelles pour compenser un revenu inadéquat lors de la planification des interventions. La question des déterminants de l'alimentation des Autochtones est importante aujourd'hui pour comprendre comment se vit la transition nutritionnelle et pour affronter les défis en santé publique qui touchent ces populations.

Mots-clés: sécurité alimentaire, compétences alimentaires, approche écologique, enquête de population, auto-efficacité, Premières nations, poids corporel.

ABSTRACT

The main goal of this study was to test the inverse association between perceived competencies (self-efficacy) for healthy eating of adult women of a First Nations community and their level of household food insecurity. Four dependant variables are calculated with scores obtained on scales assessing the perceived competencies for healthy eating. Based on a cross-sectional study with 107 Atikamekw women responsible for food supply, multiple linear regression models stemming from the data interview of 99 amongst them showed that a high level of household food insecurity during the year preceding the inquiry is linked to a significant reduction in self-efficacy to eat healthily for three of four dependent variables. The other variables associated with self-efficacy include food supply, marital status, alcohol consumption habits, weight status and degree of fluency in the mother tongue.

Application of the self-efficacy concept in this study has contributed to a better understanding of the variables influencing competencies for healthy eating among Atikamekw women. These are linked to food insecurity as well as to obesity, particularly in the most severe cases. One must remain aware of the limitations of nutritional policies that aim to compensate inadequate income when planning interventions. Today, the determinants of indigenous nutrition are key in understanding nutrition transition and in facing the public health challenges that affect these populations.

Key words : food security, food competency, ecological approach, population survey, self-efficacy, First Nations, body weight.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS.....	x
DÉDICACE.....	xi
REMERCIEMENTS.....	xii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. REVUE DE LA LITTÉRATURE 3

1. PORTRAIT DE L'ALIMENTATION DES AUTOCHTONES.....	4
1.1 Apports nutritionnels et comportements alimentaires.....	4
1.2 Déterminants de la saine alimentation	5
2. L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE COMME INDICATEUR DES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX	7
2.1 Définitions, dimensions et mesures	7
2.2 Insécurité alimentaire au sein des populations autochtones du Canada.....	10
2.3 L'insécurité alimentaire pour décrire les déterminants de l'environnement physique et économique.....	11
2.4 Conséquences de l'insécurité alimentaire sur la santé.....	12
3. SYNTHÈSE À L'AIDE DU MODÈLE ÉCOLOGIQUE.....	13

4. LE CONCEPT D'AUTO-EFFICACITÉ.....	15
4.1 Définition du concept d'auto-efficacité.....	15
4.2 Mesures de l'auto-efficacité en matière de comportements alimentaires.....	16
4.3 Associations et facteurs prédictifs de l'auto-efficacité.....	20
4.4 Critiques du concept.....	24
CHAPITRE 2. QUESTIONS DE RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL	26
1. LE CONCEPT D'AUTO-EFFICACITÉ À L'INTÉRIEUR DE LA THÉORIE SOCIOCOGNITIVE.....	27
2. APPROCHE ÉCOLOGIQUE DES DÉTERMINANTS DE L'AUTO-EFFICACITÉ.....	29
3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....	30
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE.....	33
1. DEVIS ET ÉCHANTILLON.....	33
2. LA COMMUNAUTÉ DE MANAWAN.....	34
3. RECHERCHE PARTICIPATIVE ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES GÉNÉRALES	36
4. ADAPTATION DES INSTRUMENTS DE PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT.....	37
4.1 L'adaptation des outils à notre enquête.....	37
4.2 Analyses factorielles.....	38
4.3 Fidélité des instruments.....	39
5. CONSTRUCTION ET RÉVISION DU QUESTIONNAIRE.....	40
6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA COLLECTE DES DONNÉES.....	40
6.1 Recrutement et stratégie de communication.....	40
6.2 Collecte des données.....	41
7. TRAITEMENT POUR L'ANALYSE DES DONNÉES.....	42
CHAPITRE 4. ARTICLE.....	43
RÉSUMÉ.....	44
INTRODUCTION.....	45
MÉTHODES	46
<i>Les variables et les instruments de mesure</i>	48

<i>Collecte de données</i>	50
<i>Analyse des données</i>	50
RÉSULTATS.....	51
<i>Analyses descriptives</i>	51
<i>Analyses de régression multiple</i>	52
DISCUSSION	53
RÉFÉRENCES.....	59
CHAPITRE 5. DISCUSSION	66
1. ÉCHELLES DE PERCEPTION DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT	67
2. RETOUR SUR LES RÉSULTATS DESCRIPTIFS	71
3. FACTEURS INDIVIDUELS ASSOCIÉS AUX PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT.....	75
4. LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE EST ASSOCIÉE AUX PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT.....	76
5. AUTRES FACTEURS DU MÉNAGE ASSOCIÉS AUX PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT.....	76
6. LIMITES DE CETTE ÉTUDE.....	77
7. IMPLICATIONS.....	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I	Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences culinaires et pour l'échelle de perceptions des compétences situationnelles.....	62
TABLEAU II	Caractéristiques des participantes et des foyers.....	63
TABLEAU III	Analyses de régression linéaire des prédicteurs individuels et du foyer sur les scores de perceptions des compétences culinaires.....	64
TABLEAU IV	Analyses de régression linéaire des prédicteurs individuels et du foyer sur les scores de perceptions des compétences situationnelles.....	65
TABLEAU V	Résultats descriptifs pour les 16 items de l'échelle de perceptions des compétences culinaires	IV ₂
TABLEAU VI	Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences culinaires.....	IV ₃
TABLEAU VII	Résultats descriptifs pour les 9 items de l'échelle de perceptions des compétences situationnelles.....	IV ₄
TABLEAU VIII	Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences situationnelles.....	IV ₅
TABLEAU IX	Associations bivariées entre les quatre mesures de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et les variables indépendantes à l'étude.....	IV ₆

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Synthèse des déterminants de la saine alimentation étudiés chez les peuples autochtones du Canada selon un modèle écologique.....	14
FIGURE 2	Cadre conceptuel des déterminants de la théorie sociocognitive.....	28
FIGURE 3	Cadre conceptuel de l'étude selon un modèle écologique.....	32

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I	Carte géographique	
	Les autochtones du Québec.....	l ₂
ANNEXE II	Considérations éthiques	
	Résolution adoptée par le Conseil des Atikamekw de Manawan.....	II ₂
	Entente de recherche locale.....	II ₄
	Approbation du protocole de recherche par le CERFM.....	II ₁₁
	Formulaire de consentement pour groupes de discussion.....	II ₁₂
	Formulaire de consentement (pour l'entrevue).....	II ₁₅
	Serment de discrétion.....	II ₁₈
ANNEXE III	Outils pour le recrutement et la collecte des données	
	Plan d'animation des groupes de discussions pour tester les échelles d'auto-efficacité.....	III ₂
	Exemple d'échelles d'auto-efficacité testées.....	III ₄
	Dépliant promotionnel.....	III ₁₀
	Lettre d'invitation aux habitations sélectionnées.....	III ₁₁
	Recrutement : fiche de la participante.....	III ₁₂
	Questions fréquentes au sujet de l'enquête et réponses suggérées.....	III ₁₃
	Questionnaire.....	III ₁₇
	Exemples d'outils d'entrevue traduits en atikamekw.....	III ₃₆
ANNEXE IV	Résultats supplémentaires	
	TABLEAU V. Scores moyens et écarts types pour les 16 items de l'échelle de perceptions des compétences culinaires.....	IV ₂
	TABLEAU VI. Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences culinaires.....	IV ₃
	TABLEAU VII. Scores moyens et écarts types pour les 9 items de l'échelle de perceptions des compétences situationnelles.....	IV ₄

TABLEAU VIII. Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences situationnelles	IV ₅
--	-----------------

TABLEAU IX. Associations bivariées entre les quatre mesures de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et les variables indépendantes à l'étude.....	IV ₆
---	-----------------

ANNEXE V Accord et contribution des coauteurs

Déclaration des coauteurs d'un article	V ₂
Contribution des coauteurs.....	V ₃

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AE	Auto-efficacité
AFE	Analyse factorielle exploratoire
CPN/ONSA	Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
ERLSPN	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations
FSCM	Food Security Core Module
IA	Insécurité alimentaire
IMC	Indice de masse corporelle
MESAM	Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages
PCC	Perception des compétences culinaires
PCC santé	Perception des compétences culinaires santé
PCC générale	Perception des compétences culinaires générales
PCS	Perception des compétences situationnelles (pour s'alimenter sainement)
PCS difficile	Perception des compétences pour s'alimenter sainement dans les situations difficiles
PCS sociale	Perception des compétences pour s'alimenter sainement dans les situations sociales agréables
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TSC	Théorie sociocognitive

À ma Mémé, mon premier professeur

Noëlla Dubois Galarneau

(1914-2006)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement les membres de la communauté de Manawan pour avoir contribué à la réalisation de cette étude. Tout d'abord, mon ancien patron et directeur de santé Maxime Ottawa, qui a soutenu ce projet dès ses débuts. Merci aux membres du Conseil des Atikamekw de Manawan, à son Chef, Paul-Émile Ottawa et à sa directrice générale, Angèle Petiquay, pour la confiance accordée au nom de la communauté. Merci aux employés du Conseil d'avoir si gentiment répondu à toutes mes demandes de renseignements : Gertrude, Émile, Jocelyne et tous les autres.

La recherche participative implique une collaboration et une confiance réciproques à toutes les étapes du projet. Un merci des plus sincères aux quatre membres du comité local de recherche pour l'ensemble de leur implication et leurs judicieux conseils : Maxime Ottawa, Francine Moar, Marie-Claire Moar et Gildor Echaquan. Un merci spécial à Céline Quitich-Dubé pour son leadership à promouvoir ce projet auprès de la communauté, à Sandro et Margot pour leurs commentaires pertinents à propos du questionnaire ainsi qu'à Jean-Luc. À ma collaboratrice de recherche, Caroline Quitish, pour son excellent travail à convaincre plus de 100 femmes à participer à cette étude. Je remercie spécialement chacune des 107 participantes anonymes qui a accordé son temps et sa confiance pour répondre au questionnaire d'entrevue.

Je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance à ma directrice de recherche, Louise Potvin, et à mon codirecteur, Olivier Receveur, pour la qualité de leur encadrement, leur disponibilité, leur patience et le coup de pouce indispensable à l'obtention d'une bourse d'étude. Leur contribution respective dépasse largement le contenu de ce mémoire.

À Renée, ma meilleure amie et correctrice de texte ! Merci à ma collègue Monique Bourque de la Table de concertation régionale sur le diabète atikamekw pour son exemple de persévérance dans son propre projet de maîtrise et qui a été toute une source d'inspiration.

Un projet comme celui-là est avant tout une affaire de famille ! Merci à mon compagnon François, supporteur indéfectible. À ma petite fille Charlie, puisqu'il n'y a rien comme un enfant pour vous faire redescendre sur terre ! Un merci tout spécial à mes beaux-parents, Marina et Claude, pour tous les soins à la petite famille pendant mes nombreux séjours à Manawan et pour toutes les autres absences occasionnées par ce projet.

La réalisation de cette étude fut possible grâce à une bourse de formation en recherche octroyée par les Instituts de recherche en santé du Canada pour la période d'octobre 2005 à septembre 2007 (MFE-78173). Une contribution du programme Emplois étudiants en santé des Premières nations, de Santé Canada a aussi permis de couvrir une partie de la rémunération de la collaboratrice de recherche pendant la collecte des données.

INTRODUCTION

L'alimentation des populations autochtones du Canada s'est considérablement transformée depuis les dernières décennies. On observe une transition rapide vers la diète nord-américaine par le recours à des aliments manufacturés qui ont une valeur nutritive moindre que les aliments traditionnels (Campbell, Diamant, Macpherson, Halladay, 1997; Kuhnlein, Receveur, Soueida, Egeland, 2004; Receveur, Boulay et Kuhnlein, 1997). Cette transition nutritionnelle a coïncidé avec l'adoption d'un mode de vie sédentaire, expliquant en partie les taux d'excès de poids et de diabète beaucoup plus élevés que dans le reste de la population canadienne (Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone [CPN/ONSA], 2004; DeGonzague, Receveur, Wedll, Kuhnlein, 1999; Waldram, Herring et Young, 2006; Young, Reading, Elias, O'Neil, 2000). Sans aucun doute, les autochtones du Canada souffrent d'un fardeau disproportionné de mauvaise santé et de souffrances sociales comparé au reste de la population canadienne, qui se traduit par une mortalité et une morbidité plus lourdes que dans le reste du pays (Adelson, 2005; Frohlich, Ross et Richmond, 2006).

Nouvellement employée comme nutritionniste pour la nation atikamekw en 1998, j'ai entrepris de réaliser des «focus groups» auprès de l'ensemble de sa population adulte et des intervenants en santé. Les résultats ont fait ressortir un manque de compétences à préparer des repas avec les aliments manufacturés et cette lacune constituait un obstacle important à l'adoption d'une saine alimentation (Mercille, 1999). De 2004 à 2005 à Manawan, nous avons mis sur pied une intervention suivant une approche écologique (Green, Richard, Potvin, 1996) afin d'inciter la population à cuisiner de façon adéquate les aliments accessibles dans les commerces de la communauté (Gaudot, 2003; Mercille, 2003). Cette intervention était appuyée par la théorie

sociocognitive (Bandura, 1989) et par un modèle structurel qui examine les facteurs sociaux et environnementaux influençant les comportements de santé (D.A. Cohen, Scribner, Farley, 2000). Ce projet a inspiré la présente étude.

Le processus de décision entourant la consommation d'aliments ne dépend pas seulement des individus. Au sein des communautés autochtones, les forces de l'environnement et les barrières à la saine alimentation sont telles qu'elles restreignent grandement les choix individuels (Willows, 2004, 2005). Des conditions socioéconomiques défavorables prévalentes, combinées à la perte de l'utilisation du territoire pour la chasse et la pêche, limitent grandement l'accès aux aliments de qualité et contribuent au risque d'insécurité alimentaire (Willows, 2005). Au sein de ménages disposant de ressources très limitées pour se nourrir convenablement, les interventions dans le domaine de l'éducation auront peu d'impact si elles ne ciblent pas les facteurs médiateurs du comportement alimentaire chez les individus par des changements organisationnels et communautaires (Contento, Randell, Basch, 2002; Stokols, 1996; Willows, 2005; Wrieden et al., 2007).

La nécessité d'intervenir sur le plan de la nutrition auprès des populations autochtones n'est plus à démontrer. Par exemple, une meilleure compréhension de la notion de compétence pour s'alimenter sainement faciliterait le développement de stratégies culturellement sensibles pour la prévention des maladies et la promotion de la santé. Dans ce mémoire par article, nous nous pencherons sur les perceptions des compétences (auto-efficacité) pour s'alimenter sainement auprès des femmes de Manawan. Plus particulièrement, nous testerons l'hypothèse d'une association inverse entre ces perceptions des compétences et le niveau de sécurité alimentaire des ménages. Pour la communauté, une telle étude devrait permettre d'orienter la planification des interventions nutritionnelles dans le sens d'une meilleure utilisation des aliments vendus en épicerie.

CHAPITRE 1

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre du mémoire est divisé en deux grandes parties. Tout d'abord, nous présenterons un portrait de l'alimentation des Autochtones au Canada et de ses déterminants. Une attention particulière sera accordée au concept de sécurité alimentaire, choisi comme variable indépendante principale de notre étude. Cette première partie sera conclue par une synthèse des déterminants de la saine alimentation des Autochtones du Canada en introduisant le modèle écologique, un élément de notre cadre conceptuel. Dans la mesure du possible, nous nous référerons aux études conduites auprès des Autochtones du Canada pour documenter ces déterminants, en complétant à l'occasion notre information par des travaux provenant d'autres régions tel les Etats-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Dans la deuxième partie, nous présenterons le concept d'auto-efficacité en matière de saine alimentation, concept qui sert d'appui à la mesure des variables dépendantes de notre étude.

Il s'avère nécessaire de clarifier la terminologie employée pour faire référence aux peuples autochtones au Canada. Le mot «autochtone» réfère à l'ensemble des peuples de l'Amérique pré-colombienne. La constitution canadienne reconnaît trois peuples autochtones : les Inuit, les Métis et les Premières nations (autrefois désignés «Indiens») (Waldrum et al., 2006). Ces appellations seront utilisées de façon appropriée pour rapporter les résultats lorsqu'une étude est spécifique à l'un ou l'autre de ces trois groupes. Nous nous référerons autant que possible aux études conduites auprès des Premières nations puisque notre population à l'étude, la nation Atikamekw, en fait partie.

I. PORTRAIT DE L'ALIMENTATION DES AUTOCHTONES

Noreen Willows (2004, 2005) a récemment réalisé une revue de la littérature qui fait état des connaissances sur les déterminants de la saine alimentation chez les populations autochtones du Canada. Bien que plusieurs maladies chroniques et conditions de santé prévalentes chez les populations autochtones sont attribuables en partie à la nutrition (anémie, carie dentaire, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires), la compréhension que nous avons des déterminants des choix alimentaires est limitée (Willows, 2005). La plupart des études épidémiologiques proviennent d'enquêtes transversales effectuées dans diverses communautés, nations ou régions géographiques au Canada. Les Autochtones vivant dans des réserves ne sont généralement pas représentés dans les échantillons des enquêtes nationales et provinciales, qui peuvent comprendre des autochtones vivant hors de leur communauté. Entièrement sous gouvernance autochtone, l'Enquête régionale et longitudinale sur la santé des Premières nations (ERLSPN) couvre un vaste échantillon de communautés au Canada. Depuis 1997, cette enquête recueille des informations sur la santé et ses déterminants incluant quelques variables nutritionnelles, afin de palier en partie à cette absence de représentation dans les enquêtes de population au niveau national (Commission de la santé et des Services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2006).

1.1 Apports nutritionnels et comportements alimentaires

Plusieurs études ont examiné les quantités d'aliments ingérés en termes d'apports en nutriments, de la contribution relative des aliments traditionnels et des principaux aliments consommés par des personnes des Premières nations, des Inuit ou des Métis (DeGonzague et al., 1999; Kuhnlein et al., 2004; Receveur et al., 1997; Wolever, Hamad, Gittelsohn, Hanley, Harris et al., 1997). On entend par aliments traditionnels, des aliments culturellement acceptables issus des ressources locales (Kuhnlein et Receveur, 1996). Les conclusions générales de ces études montrent que le

régime actuel des Autochtones est de moins bonne qualité que dans la population générale, avec une densité moindre pour plusieurs nutriments dont la vitamine A, le calcium, l'acide folique et les fibres (DeGonzague et al., 1999; Lawn, Harvey, Hill, Brulé, 2002; Receveur et al., 1997, Wolever et al., 1997). La transition vers la diète nord-américaine est plus marquée chez les jeunes, ceux-ci consommant davantage d'énergie, de glucides sous forme de sucrose, de matières grasses et de graisses saturées que leurs aînés (Receveur et al., 1997). On constate de meilleurs apports nutritionnels les jours où les aliments traditionnels sont consommés (Kuhnlein et al., 2004; Lawn et al., 2002; Receveur et al., 1997). Par exemple, pour des populations vivant dans l'Arctique où le recours aux aliments traditionnels est encore important, sa consommation actuelle est estimée entre 10 et 36% de l'énergie (Kuhnlein et al., 2004). Par rapport à la consommation d'aliments vendus sur le marché, la consommation en fruits, en légumes et en produits laitiers est de beaucoup inférieure à celle observée dans le reste de la population canadienne (Lawn et al., 2002; Receveur et al., 1997). La consommation d'aliments riches en matières grasses, tels ceux que l'on retrouve dans la restauration rapide et les méthodes de préparation utilisant beaucoup de corps gras, est généralisée (CSSSPNQL, 2006; Gittelsohn, Wolever, Harris, Harris-Giraldo, Hanley et al., 1998). Celle-ci pourrait contribuer au développement de l'obésité et du diabète de type 2 chez les Ojibway-Cris en Ontario (Gittelsohn et al., 1998). En revanche, lorsque des personnes des Premières nations se savent atteintes de maladies chroniques, notamment de diabète, elles ont de meilleures habitudes alimentaires que celles qui ne sont pas diagnostiquées (Archer, Greenlund, Valdez, Casper, Rith-Najarian et al., 2004; CSSSPNQL, 2006).

1.2 Déterminants de la saine alimentation

Le remplacement graduel des aliments traditionnels par des aliments transformés industriellement résulte d'un processus complexe et multidimensionnel (Kuhnlein et Receveur, 1996). Les changements démographiques et économiques, l'adoption d'un mode de vie sédentaire, l'urbanisation et l'acculturation sont parmi les dimensions qui affectent la transition nutritionnelle

(Kuhnlein et Receveur, 1996; Willows, 2004). La colonisation et la marginalisation compliquent la transmission des pratiques culturelles et des valeurs (Kuhnlein et Receveur, 1996).

Parmi les déterminants individuels de l'alimentation des Autochtones, l'âge et le genre sont des dimensions souvent examinées (Willows, 2005). Les déterminants psychosociaux de l'alimentation les plus étudiés concernent les préférences et le goût, les attitudes et les croyances mais rarement l'auto-efficacité (Willows, 2005 ; voir aussi Gittelsohn, Anliker, Sharma, Vastine, Caballero et al., 2006). Les déterminants culturels ont été étudiés pour comprendre les rituels, les valeurs, les préférences à l'égard des dimensions corporelles, les aliments traditionnels privilégiés, les méthodes pour se les procurer, les moments et la façon de manger (Kuhnlein et Receveur, 1996; Willows, 2004, 2005). Les perceptions des Autochtones à l'égard des aliments manufacturés ont aussi été étudiées. En lien avec l'identité culturelle, les études sur les attitudes et les croyances à l'égard des aliments montrent qu'une perception positive des aliments traditionnels est associée à une bonne santé, et l'inverse pour les aliments commerciaux, perçus comme une des causes des maladies chroniques qui sévissent aujourd'hui, surtout au regard du diabète (Boston et al., 1997; Gittelsohn et al., 1996; Roy, 1999). Par contre, chez les Indiens Apaches au sud des Etats-Unis, Gittelsohn et al. (2006) ont observé que la fréquence d'obtention des aliments santé était associée à une identification ethnique plus forte, à un meilleur statut socioéconomique et à l'intention d'adopter des méthodes de cuisson moins grasses. Les Autochtones identifient plusieurs limites dans leurs habiletés à acheter et à préparer des aliments santé, particulièrement des limites économiques (Gittelsohn et al., 2006; Skinner, Hanning et Tsuji, 2006).

Les grandes tendances observées en Amérique du Nord et ailleurs dans les pays occidentalisés influencent probablement les choix alimentaires des Autochtones, peu importe la région géographique : l'omniprésence de la publicité et du marketing, de même que la façon dont les aliments sont produits et mis en marché par l'industrie alimentaire. Le contexte social actuel

valorise la consommation d'aliments déjà préparés et déconnecte les gens de la source même des aliments. Les campagnes de promotion de saine alimentation influencent aussi les choix alimentaires, dont la plus connue au Canada est sans doute le Guide alimentaire canadien et sa récente version adaptée pour les autochtones (French, Story, Jeffery, 2001; Raine, 2005; Santé Canada, 2007a).

2. L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE COMME INDICATEUR DES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

Dans cette section, les déterminants des environnements physique et économique de la saine alimentation des Autochtones seront décrits sous l'angle de l'insécurité alimentaire. Nous présenterons d'abord une description générale du phénomène, de sa mesure et de l'étendue du problème. Un survol des conséquences de l'insécurité alimentaire sur la nutrition et la santé conclura la section.

2.1 Définitions, dimensions et mesures

Au Canada, l'émergence du concept de sécurité alimentaire date au début des années 1980 lors de l'apparition des banques alimentaires (McIntyre, 2004). En 1996, la Déclaration émanant du Sommet mondial de l'alimentation stipulait que «la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active» (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 1996). Dans la littérature consultée, l'appellation «sécurité alimentaire» est utilisée surtout pour désigner un concept général. Ainsi, la sécurité alimentaire est reconnue comme un déterminant social de la santé et une condition préalable pour la prévention des maladies et la promotion de la santé (Raphael, 2004; voir aussi Dietitians of Canada, 2005).

Inversement, on parlera d'insécurité alimentaire (IA) lorsque les personnes ont un accès restreint, inadéquat ou incertain à des aliments nutritifs et acceptables personnellement, tant sur le plan de la qualité que sur celui de la quantité, pour combler leurs besoins nutritionnels et mener une vie saine et productive (Tarasuk, 2005). Les travaux de recherche ont porté sur la compréhension des dimensions du concept d'insécurité alimentaire et des indicateurs directs et indirects pour la détecter à l'échelle des individus mais plus particulièrement à l'échelle des ménages.

Dimensions de l'insécurité alimentaire

La recherche a surtout été conduite auprès de femmes socioéconomiquement défavorisées avec enfants, tant en ce qui concerne l'exploration qualitative des dimensions clés du concept d'IA, que pour l'évaluation quantitative de la situation dans une population donnée (McIntyre, 2004; Tarasuk, 2001). À partir des travaux de Radimer, Olson et Campbel (1990) et d'autres chercheurs par la suite (Coates, Frongillo, Rogers, Webb, Wilde et al., 2006), on comprend mieux la nature complexe de l'insécurité alimentaire. Celle-ci s'exprime à travers quatre dimensions principales : psychologiques (anxiété de manquer de nourriture), qualitatives (apports inadéquats, monotonie de la diète), quantitatives (apports insuffisants) et sociales (déviations par rapport aux normes sociales d'acquisition et de consommation) (Tarasuk, 2001). Il semble que ces dimensions transcendent les différences culturelles (Coates et al., 2006). L'IA est un processus géré, dont la fréquence et la durée évoluent dans le temps. La séquence des stades d'insécurité alimentaire commence par l'anxiété à l'éventualité de manquer de nourriture, suivie par des compromis sur la qualité, des compromis sur la quantité, des sensations physiques de faim allant jusqu'à la privation de nourriture (ne pas manger du tout). Ce dernier stade constitue la forme la plus grave d'insécurité alimentaire (McIntyre, 2004; Tarasuk, 2001). Enfin, l'expérience d'IA est vécue différemment par les membres d'un même ménage où, en général, on tente de garder les enfants à l'abri des compromis (McIntyre, Connor, Warren, 2000; Power, 2005; Tarasuk, 2001).

Mesures de l'insécurité alimentaire

Plusieurs instruments ont été développés durant les années 1980 et 1990 pour mesurer directement l'insécurité alimentaire des ménages (Coates et al., 2006; McIntyre, 2004; Tarasuk, 2001) alors qu'il n'en n'existe pas pour les individus (Tarasuk, 2001). Parmi ceux dont les caractéristiques ont été analysées, mentionnons les questionnaires du *Community Childhood Identification Project* (Wehler, Scott, Anderson, 1992), *Radimer/Cornell* (Radimer, Olson, Greene, Campbell, Habicht, 1992) et *U.S. Food Security Core Module (FSCM)* (Bickel, Nord, Price, Hamilton, Cook, 2000), ce dernier mettant à profit le travail des deux premiers. Il n'y a pas d'instrument pour mesurer l'IA dans des populations qui tirent une partie de leur alimentation d'activités traditionnelles, telles la cueillette et la chasse, comme c'est le cas chez les populations autochtones (Tarasuk, 2001). Bien qu'il ne représente pas adéquatement toutes les dimensions clés du phénomène, surtout la dimension sociale, le FSCM est actuellement l'outil le plus largement utilisé, traduit et adapté (Coates et al., 2006; Tarasuk, 2001). Il a été utilisé dans les quelques enquêtes au sein de communautés autochtones au Canada (Lawn et Harvey, 2003, 2004a, 2004b) et dans la dernière enquête auprès de la population canadienne (Santé Canada, 2007b). Malgré ses faiblesses, la force du FSCM réside dans sa capacité à mesurer avec précision l'aspect quantitatif de la privation alimentaire, en tenant compte des différences entre les enfants et les adultes.

C'est à cause de son utilisation plus grande et de la disponibilité d'une version validée pour les Autochtones et traduite en français que nous avons choisi d'utiliser le FSCM dans notre étude des ménages atikamekw (Lawn et Harvey, 2003, 2004a, 2004b). Nous décrivons plus en détails au chapitre 4 les étapes qui ont présidé à l'adaptation de cet instrument dans les enquêtes de Lawn et Harvey et son opérationnalisation dans notre étude.

2.2 Insécurité alimentaire au sein des populations autochtones du Canada

Au Canada, il n'y a pas de système de surveillance de l'insécurité alimentaire et les enquêtes nationales et provinciales ont utilisé différents outils de mesures (Hamelin, 2004; Tarasuk, 2001, 2005). Il y a très peu d'études sur la sécurité alimentaire pour les populations des Premières nations et Inuites. Aucune des grandes enquêtes canadiennes entre 1994 et 2001 recensées par Tarasuk (2005) n'inclut les populations autochtones vivant en réserves. Malheureusement, l'Enquête régionale et longitudinale de santé des Premières Nations (ERLSPN) ne mesure pas l'IA (CSSSPNQL, 2006). Trois études ont fait l'objet de rapports pour le Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada : deux dans l'Arctique auprès de femmes inuites en âge de procréer et une auprès des femmes criées dans le Nord-Ouest de l'Ontario (Lawn et Harvey, 2003, 2004a, 2004b). Les résultats de ces études montrent des taux très élevés d'IA chez les Inuit allant du tiers des ménages touchés à cinq ménages sur six. De plus, les résultats indiquent que la moitié des ménages inuits avait été gravement touchée par l'IA au cours des douze mois précédant l'enquête (Lawn et Harvey, 2003, 2004b). Pour les Cris, deux ménages sur trois avaient connu l'insécurité alimentaire et le quart des familles avaient connu une IA grave (Lawn et Harvey, 2004a). Contrairement à d'autres populations, les résultats de ces études montrent que les enfants d'un ménage sont presque autant affectés par l'IA que les adultes (Lawn et Harvey, 2003, 2004a, 2004b), alors qu'habituellement, les adultes se privent avant de priver les enfants (McIntyre et al., 2000; Power, 2005; Tarasuk, 2001).

Ces résultats illustrant la gravité de la situation sont confirmés par quelques enquêtes populationnelles incluant des échantillons d'individus d'origine autochtone vivant hors réserve. Lors de la plus récente enquête nationale, le FSCM a aussi été utilisé mais a fait l'objet de quelques adaptations pour que le traitement des réponses reflète davantage la réalité canadienne (Santé Canada, 2007b). Cette enquête a permis d'estimer que 9% des ménages canadiens avaient souffert d'IA au cours de l'année précédant l'enquête. Cette proportion atteint 33% pour les ménages

autochtones hors réserve. En proportion, cinq fois plus de ménages autochtones vivant hors réserves ont souffert d'insécurité alimentaire grave comparativement à l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2007b). À partir d'instruments différents et simplifiés pour mesurer l'IA, deux autres enquêtes populationnelles nationales rapportent des différences similaires entre les ménages autochtones vivant hors réserves et la moyenne canadienne (Che et Chen, 2003; Ledrou et Gervais, 2005).

2.3 L'insécurité alimentaire pour décrire les déterminants de l'environnement physique et économique

Il semble que le fait de vivre l'insécurité alimentaire rende encore plus difficile la transition nutritionnelle (Chan et al., 2006). Dans ce contexte, les facteurs les plus défavorables à la sécurité alimentaire concernent à la fois l'accessibilité des activités traditionnelles de chasse et de pêche et la possibilité de s'approvisionner en aliments manufacturés de qualité (Willows, 2004, 2005; voir aussi Lambden, Receveur, Marshall, Kuhnlein, 2006). La perte de l'utilisation du territoire pour la cueillette, la chasse et la pêche, combinée à une contamination environnementale croissante affectent la disponibilité des aliments traditionnels et augmentent la dépendance envers les aliments du marché, tandis que les coûts de transport et la gestion des approvisionnements locaux influencent la disponibilité des aliments du commerce (Kuhnlein et Receveur, 1996; Lee, Bonson, Powers, 1996; Willows, 2005). Des conditions socioéconomiques défavorables dans la plupart des communautés autochtones limitent grandement l'accès aux aliments commerciaux de qualité et contribuent à l'appauvrissement de la valeur nutritive globale du régime chez ces populations (Institut canadien d'information sur la santé, 2004; Lawn et Harvey, 2003, 2004a, 2004b; Willows, 2005). Souvent, on ne trouve qu'un seul magasin par communauté. De plus, les aliments sont beaucoup plus coûteux qu'en milieu urbain et peu variés, surtout pour les aliments périssables qui sont, en général, de qualité inférieure (Campbell et al., 1997; Ladouceur et Hill, 2002). À l'inverse, les aliments manufacturés disponibles, souvent pauvres en nutriments et de conservation facile,

sont plus abordables. L'épicerie locale est perçue comme une barrière majeure à une saine alimentation et les membres de ces communautés expriment leur peu de pouvoir pour modifier la disponibilité des aliments offerts (Ladouceur et Hill, 2002; Skinner et al., 2006). Il s'agit là de caractéristiques particulières aux communautés autochtones éloignées qui représentent des défis pour la sécurité alimentaire et la santé.

2.4 Conséquences de l'insécurité alimentaire sur la santé

Les implications de l'insécurité alimentaire sont globales sur la santé et le mieux-être. Au niveau de la nutrition, l'insuffisance de revenu compromet énormément la sélection des aliments chez les personnes à faibles revenus. Quand le revenu diminue, les familles achètent et consomment davantage des aliments à densité énergétique élevée, riches en lipides et en sucres, perçus comme plus acceptables au goût (Drewnowski et Specter, 2004). Les groupes d'aliments les plus touchés par le manque de revenus sont les fruits et les légumes ainsi que les produits laitiers (Kirkpatrick et Tarasuk, 2003; Ricciuto, Tarasuk et Yatchew, 2006) alors que les achats de produits céréaliers sont ceux qui subissent le moins de variation (Ricciuto et al., 2006). Une IA chronique compromet les chances d'adopter une alimentation équilibrée (Tarasuk 2004). La relation entre l'IA du ménage et le risque d'excès de poids donne des résultats contradictoires et plus de recherche est nécessaire pour comprendre comment l'IA affecte le poids corporel au Canada (Tarasuk, 2005).

La littérature identifie plusieurs conditions associées à un plus grand risque d'IA. La première est incontestablement un faible revenu (Power 2005; Tarasuk, 2005). Les autres conditions associées sont : être mère monoparentale, être prestataire de l'assistance sociale, être autochtone, être moins âgée, un nombre élevé d'enfants dans le ménage, la présence de maladies chroniques, une restriction des activités, une pauvre perception de sa santé, la détresse et la dépression (Che et Chen, 2003; McIntyre, 2004; Power, 2005; Santé Canada, 2007b; Tarasuk, 2004). Dans les enquêtes auprès des populations autochtones, les facteurs identifiés comme étant associés à l'IA

sont : une mauvaise perception de sa santé, un faible revenu, l'absence de chasseur dans le ménage et des problèmes de consommation et de jeu (Chan et al., 2006; Lawn et Harvey, 2004b).

Hamelin et al. (1999, 2002) soulignent que des aspects importants du développement humain dépendent de la sécurité alimentaire à cause des perturbations socio-familiales importantes et des souffrances psychologiques engendrées par l'IA. Il serait peu probable que l'effet de l'IA sur la santé soit spécifique à une condition, apparaissant plutôt comme une dimension d'une plus grande vulnérabilité pour une panoplie de problèmes de santé physiques, mentaux et sociaux pour les individus vivant dans des ménages aux prises avec des contraintes économiques (Tarasuk, 2005).

3. SYNTHÈSE À L'AIDE DU MODÈLE ÉCOLOGIQUE

La conclusion de cette première section sur les déterminants de la saine alimentation est que le pouvoir des individus pour modifier leurs choix alimentaires est limité par des forces qui s'exercent à d'autres niveaux d'influences. Le modèle écologique conçoit les multiples déterminants de la santé d'un individu (Frohlich et Poland, 2006; Green et al., 1996). Inspirée des travaux de Story, Neumark-Sztainer et French (2002) et construite à partir de cette revue de la littérature, la figure 1 à la page 14 propose une synthèse des déterminants de la saine alimentation des Autochtones selon un modèle écologique pour 4 paliers de facteurs : individuels, interpersonnels, de l'environnement local, pour finir avec le palier sociétal. Pour promouvoir une saine alimentation au sein des populations autochtones, la recherche devrait combler de nombreuses lacunes de connaissances, tant au niveau des croyances relatives aux aliments, l'image corporelle, l'insécurité alimentaire et l'accessibilité aux aliments ainsi que de l'interaction complexe des divers déterminants entre eux (Willows, 2004, 2005).

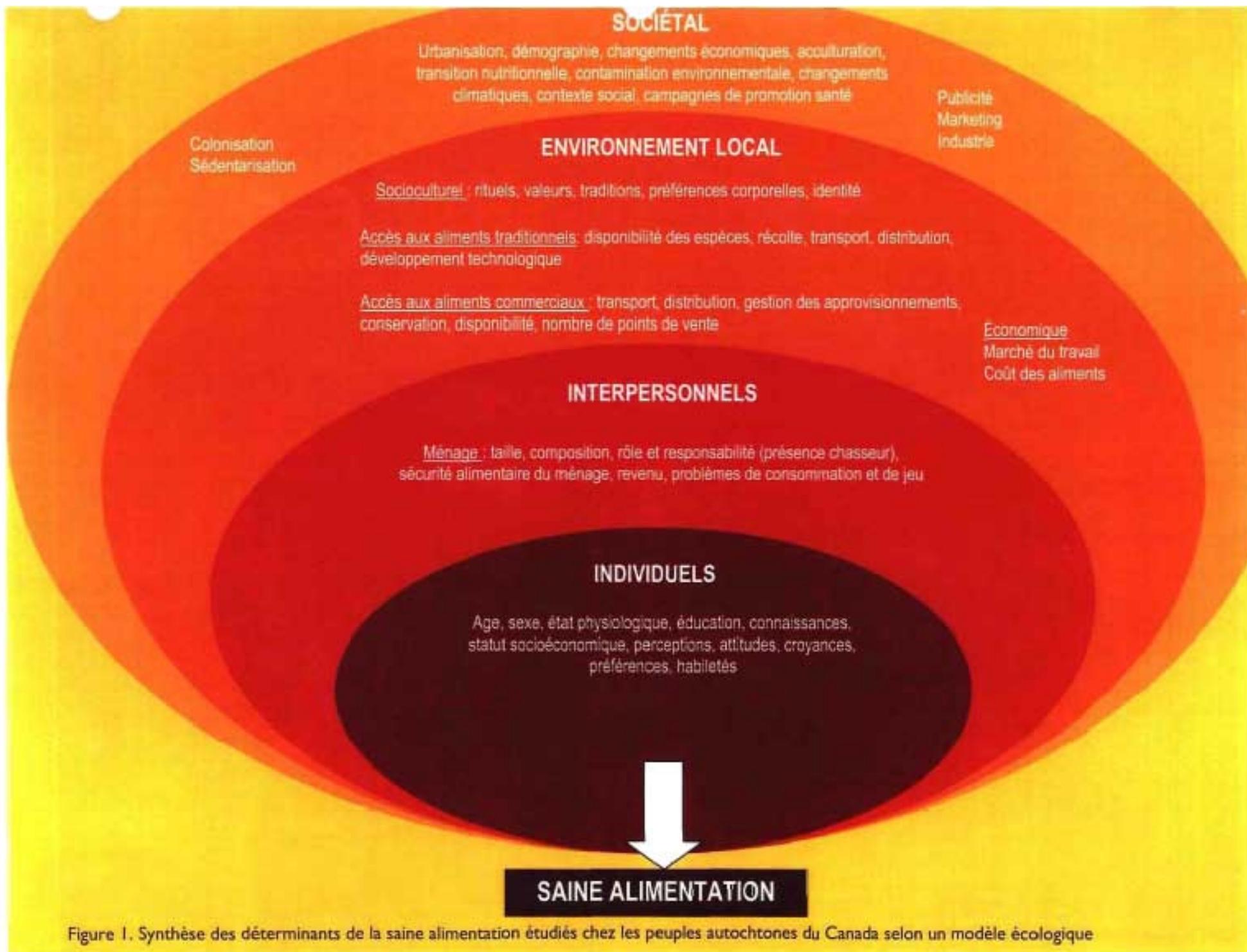


Figure 1. Synthèse des déterminants de la saine alimentation étudiés chez les peuples autochtones du Canada selon un modèle écologique

4. LE CONCEPT D'AUTO-EFFICACITÉ

Dans notre étude, l'auto-efficacité (AE) est utilisée comme proxy pour évaluer la notion de compétence pour s'alimenter sainement. Notre revue de la littérature a permis de recenser deux utilisations du concept d'auto-efficacité en recherche. Premièrement, l'AE est utilisée comme l'une des variables psychosociales associées au comportement ou à l'intention d'adopter un comportement par exemple, consommer plus de fruits et légumes. Peu d'études rapportent des facteurs associés à l'auto-efficacité pour se nourrir sainement. Deuxièmement, plusieurs études se sont intéressées à évaluer l'efficacité de la théorie sociocognitive ou du concept d'AE dans les interventions visant les changements de comportements alimentaires. Ces études sont peu pertinentes pour notre recherche.

Nous commencerons cette section en présentant le concept d'auto-efficacité appliqué à la saine alimentation et sa mesure. Nous poursuivrons avec l'analyse de quelques études sur les facteurs associés à l'AE pour se nourrir sainement et terminer par une critique du concept.

4.1 Définition du concept d'auto-efficacité

Développé par le psychologue Albert Bandura (1977), le concept d'auto-efficacité a été intégré plus tard à la théorie sociocognitive (Bandura, 1989), un modèle de comportement de santé parmi les plus répandus (Baranowski, Perry et Parcel, 2002; Conner et Armitage, 2002; Contento et al., 2002). L'AE se définit comme la conviction personnelle en sa capacité d'effectuer avec succès un comportement pour produire un certain résultat et de sa confiance à surmonter les barrières pour sa performance (Bandura, 1977, 2003; Baranowski et al., 2002). Plus que la simple connaissance de ce qu'il faut faire, c'est le sentiment de posséder les habiletés qui permettent de mettre en pratique ses intentions et de suivre une ligne de conduite conséquente (J. Shannon et al.,

1997). Pour l'alimentation, l'idée est que plus vous avez confiance en vos propres habiletés pour manger sainement, plus grande sera l'intention à le faire (Conner et Armitage, 2002).

En ce qui a trait à sa définition, l'AE peut être parfois confondue à d'autres concepts similaires comme le locus de contrôle (*locus of control*), et des traits de personnalité comme l'estime de soi (*self-esteem*) et la confiance en soi (*self-confidence*) (AbuSabha et Achterberg, 1997; Maibach et Murphy, 1995). L'auto-contrôle (*self-control*) fait appel à l'auto-régulation de sa performance (Baranowski et al., 2002). Les capacités comportementales (*behavioral capability*) font appel aux compétences mais n'ont pas la dimension de conviction de l'AE (Baranowski et al., 2002). Le concept du contrôle comportemental perçu (*perceived behavioral control*) de la théorie du comportement planifié est pratiquement identique au concept d'AE mais son opérationnalisation est significativement différente (Conner et Armitage, 2002; Montano et Kasprzyk, 2002). Pour résumer, le principe d'AE ne réfère pas à des caractéristiques de la personnalité, plutôt, le degré d'auto-efficacité varie fortement pour une même personne en fonction de la tâche à effectuer. On ne peut pas dire d'une personne qu'elle a un niveau bas ou élevé d'AE sans faire référence à un comportement spécifique (AbuSabha et Achterberg, 1997).

4.2 Mesures de l'auto-efficacité en matière de comportements alimentaires

Contrairement aux mesures standardisées de la sécurité alimentaire discutées précédemment (Tarasuk, 2001), il n'existe pas de mesures standards de l'auto-efficacité pour s'alimenter sainement. Le concept d'AE faisant référence à des comportements spécifiques et ceux-ci étant particulièrement nombreux pour l'alimentation, les échelles sont soit développées de manière originale ou sont adaptées d'autres échelles existantes pour répondre à des objectifs d'étude précis. Une échelle développée et validée pour une population peut ne pas être applicable pour une autre population (Contento et al., 2002; Maibach et Murphy, 1995).

Échelles d'auto-efficacité

Bandura (2003) donne des instructions précises pour développer et administrer des échelles d'auto-efficacité. Celles-ci devraient varier selon (1) le niveau de difficulté de chaque tâche, (2) la force, c'est-à-dire les perceptions de l'assurance de l'individu à accomplir chaque tâche et (3) la généralité, un sentiment d'AE pour un certain comportement peut influencer la performance d'un comportement différent mais similaire. Certains auteurs soulignent qu'il peut être difficile d'obtenir un instrument avec de bonnes propriétés psychométriques pour mesurer ces trois aspects de l'AE (Chang, Nitzke, Brown, Baumann, Oakley, 2003; Maibach et Murphy, 1995). Maibach et Murphy (1995) apportent des précisions utiles pour les inclure dans les mesures. Les échelles à item unique ne différencient pas les individus (Bandura, 2003) tandis que les échelles à items multiples permettent de refléter adéquatement la diversité du comportement, ses niveaux associés de difficulté, tout en abordant l'aspect de la généralité (Maibach et Murphy, 1995). Concernant le format des échelles, Bandura (2003) propose une échelle allant de 0 à 100 ou de 0 à 10. Les formats sémantiques de type Likert sont aussi adéquats, particulièrement auprès de groupes peu alphabétisés et on recommande des échelles minimales en cinq points (Maibach et Murphy, 1995).

Dans la méthodologie standard, on présente aux sujets différentes activités liées à l'exécution d'une tâche et on leur demande d'évaluer comment ils sont capables d'effectuer la tâche («je peux faire»). Les instructions du questionnaire devraient demander aux sujets de juger de leurs capacités opératoires actuelles, non de leurs capacités potentielles (Bandura, 2003) et encourager un jugement franc pour réduire le biais de désirabilité sociale, ce biais pouvant affecter la valeur prédictive des évaluations d'AE (Maibach et Murphy, 1995).

Validation des échelles d'auto-efficacité

Comme pour la majorité des instruments de mesure, le processus de validation des échelles d'AE se fait en plusieurs étapes. En théorie classique des tests, les propriétés psychométriques d'un

instrument concernent habituellement la validité de contenu, la validité de critère, la validité de construit ainsi que la consistance interne et la stabilité temporelle (Crocker et Algina, 1986; Laveault et Grégoire, 2002). La théorie classique des tests peut aussi servir à analyser certaines propriétés des items comme leur niveau de difficulté (moyenne et écart-type). La validité de contenu d'un questionnaire assure que les items sont représentatifs du domaine à l'étude : celle-ci doit être établie auprès de la population ciblée (vérifier si les items font référence à des comportements typiques, la clarté et le sens des questions) et auprès d'experts (vérifier si les items correspondent bien au concept et couvrent le domaine étudié) (Laveault et Grégoire, 2002; voir aussi Contento et al., 2002). La validité en référence à un critère externe évalue le degré de corrélation ou de prédiction des scores de l'échelle ou des items avec une mesure prise comme référence (Laveault et Grégoire, 2002). Par exemple, dans quelle mesure les scores d'AE pour manger sainement concordent avec une autre mesure de l'alimentation, telle un questionnaire de fréquence ou un rappel de 24 heures pour évaluer les apports réels. La validité de construit évalue le sens attribué aux scores sur la base d'un modèle théorique et suppose la cueillette d'une grande quantité d'informations, étalées sur plusieurs recherches, à partir d'hypothèses et de prédictions tirées de la théorie (Laveault et Grégoire, 2002). L'analyse factorielle, une procédure statistique pour tester les dimensions présentes dans une échelle, est souvent utilisée pour établir l'aspect interne de la validité de construit des échelles d'AE (Anderson, Winett, Wojcik, 2000; Chang et al., 2003; Dutton, Martin, Rhode, Brantley, 2004; Ling et Horwath, 1999; Öunpuu et al., 1999).

La fidélité des instruments d'AE est surtout évaluée par la consistance interne (alpha de Cronbach) et cet indice de fiabilité devrait être supérieur à 0,6 pour un instrument en développement (Crocker et Algina, 1986). Il faut aussi tester la reproductibilité de l'instrument dans le temps. D'après les études consultées, la consistance interne des échelles d'AE pour se nourrir sainement est en général acceptable mais des problèmes existent au niveau de la stabilité temporelle des échelles : soit elles ne sont pas stables dans le temps ou elles ne sont pas évaluées du tout

(Abushaba et Achterberg, 1997; Bandura, 2003; Baranowski, Cullen, Baranowski, 1999; Sallis, Pinski, Grossman, Patterson, Nader, 1988).

Échelles d'auto-efficacité pour la saine alimentation

Les mesures d'AE examinées dans la revue de la littérature comprennent une diversité d'instruments par exemple, au regard de la réduction du poids ou de l'obésité (Dutton et al., 2004), de la consommation de fruits et de légumes (Anderson et al., 2000; Ling et Horwath, 2003), la réduction des matières grasses (Anderson et al., 2000; Ounpuu et al., 1999) et de la consommation de matières grasses et de fibres (Schwarzer et Renner, 2000; Sheeshka, Woolcott, MacKinnon, 1993). Toutefois, il y a très peu de mesures d'AE sur le choix d'une alimentation saine de manière générale (Moseley, 1999). Deux types d'échelles d'AE existent à propos de l'alimentation : les échelles situationnelles et les échelles comportementales. Certaines échelles d'auto-efficacité proposent une variété de situations sans référer à des niveaux particuliers de difficulté. Le degré de difficulté associé à une situation dépend des individus : une situation facile à gérer pour une personne peut être incontrôlable pour une autre (Bandura, 2003). Notre recension d'écrits indique que ce type d'échelle semble le plus fréquent pour apprécier l'auto-efficacité dans le domaine de la saine alimentation (Chang et al., 2003; Ling et Horwath, 1999; Moseley, 1999; Ounpuu et al., 1999). Dans notre étude, nous mesurerons l'auto-efficacité à choisir une alimentation saine dans diverses situations.

D'autres échelles mesurent l'efficacité personnelle comportementale, c'est-à-dire la capacité à effectuer certains comportements. Sallis et al. (1988) ainsi que B. Shannon, Bagby, Wang, Trenkner (1990) ont développé ce type d'échelle pour les habitudes alimentaires. Nous n'avons pas relevé d'étude de validation concernant l'AE à cuisiner une saine alimentation, telle que nous l'appliquerons dans la présente étude. Bien que les questions ne faisaient pas référence à cuisiner une saine alimentation ni au concept d'AE, le questionnaire sur les compétences culinaires d'une

grande enquête anglaise conduite en 1993 par le Health Education Authority est le plus proche parent que nous ayons trouvé. Cette étude a évalué la confiance à cuisiner en général, à utiliser certaines techniques de cuisson et à cuisiner des aliments en particulier (Lang, Caraher, Dixon, Carr-Hill, 1999).

Suite à une analyse de plusieurs instruments, l'adaptation d'une échelle d'auto-efficacité situationnelle fiable et valide est possible pour notre étude mais pas pour l'AE à cuisiner sainement, où nous en serons à une première exploration de ses propriétés psychométriques.

4.3 Associations et facteurs prédictifs de l'auto-efficacité

En 1997, les études répertoriées par AbuSabha et Achterberg sur l'auto-efficacité pour s'alimenter sainement concernaient surtout l'adhésion à des programmes amaigrissants. Quelques-unes seulement se sont intéressées à vérifier si l'auto-efficacité explique divers comportements alimentaires. En effet, il semblerait que l'AE explique une part importante de la variance associée au comportement ou à l'intention d'adopter une saine alimentation dans différentes circonstances par exemple, pour adopter de saines habitudes, pour acheter les aliments au supermarché ou pour réduire les risques de maladies chroniques, (Anderson et al., 2000; Sallis et al., 1988; B. Shannon et al., 1990; Sheeshka et al., 1993). La revue de littérature de Willows ne rapporte pas de mesure d'AE pour se nourrir sainement chez les Autochtones du Canada (2005). En fait, il semble y avoir peu d'applications de ces modèles aux minorités culturelles en Amérique du Nord (Contento et al., 2002; Dutton et al., 2004; Gittelsohn et al., 2006; Liou et Contento, 2001).

Pour les Autochtones, nous avons trouvé une étude sur les déterminants psychosociaux des achats et de préparation de nourriture auprès de 270 responsables des provisions alimentaires chez les Indiens Apaches aux États-Unis. Les résultats de cette étude montrent que l'auto-efficacité, l'âge et la scolarité prédisent l'intention de préparer les aliments avec moins de gras

(Gittelsohn et al., 2006). Dans cette étude, la seule variable prédisant l'auto-efficacité à utiliser les étiquettes pour faire des choix santé et des méthodes de préparation moins grasses était les connaissances d'une saine alimentation.

Dans leur étude effectuée auprès d'un échantillon non aléatoire de 111 femmes maories en Nouvelle-Zélande, Tassell et Flett (2005) ont noté un sentiment d'AE plus faible pour l'apport en fruits et légumes et la réduction des matières grasses chez les femmes qui présentaient un excès de poids ou étaient obèses. L'AE à modifier ses habitudes alimentaires a été évaluée à partir d'un instrument emprunté à une autre étude et les auteurs ne mentionnent pas s'ils ont adaptés cet instrument au contexte maori.

Dans d'autres populations, seulement quelques études rapportent des résultats concernant les facteurs associés à l'auto-efficacité de saine alimentation. Nous en présenterons cinq plus en détails dans les prochains paragraphes. Dans tous les cas rapportés, il s'agit de résultats d'analyses secondaires et non de l'objectif principal.

La première est une étude conduite auprès de 490 employés d'une université canadienne pour examiner les facteurs psychosociaux associés aux intentions d'adopter une saine alimentation pour l'ensemble de la théorie sociocognitive (Sheeshka et al., 1993). L'échelle d'AE en dix points développée par les auteurs, comprenait 23 items à propos de la sélection, la préparation et la consommation d'une alimentation réduite en gras et plus riche en fibres. Les résultats ont montré que la perception négative concernant le goût des aliments santé, leur coût et les efforts à mettre pour les préparer (commodité) réduisent grandement l'AE. Dans une moindre mesure, les médias et les attentes de résultats à propos du lien nutrition-santé ont une influence positive sur l'AE.

Sallis et al (1988) ont développé et testé plusieurs échelles sur l'alimentation et l'exercice physique. Pour l'alimentation, les chercheurs avaient élaboré cinq échelles à propos de l'amélioration des habitudes alimentaires, totalisant 69 items, avec une mesure Likert en cinq points. Testés auprès de 171 étudiants et employés d'une université américaine, les scores d'AE pour l'ensemble de ces échelles étaient plus élevés pour les femmes et positivement associés à l'âge pour la grande majorité des échelles, mais pas à l'origine ethnique. Les personnes plus âgées sont souvent plus motivées à faire des modifications de leurs habitudes de vie pour améliorer leur santé et ont probablement déjà vécu des expériences de réussites dans le passé (J. Shannon et al., 1997).

Une autre étude auprès de 307 acheteurs adultes dans les supermarchés en Virginie aux États-Unis a révélé qu'un nombre élevé d'enfants au sein d'un ménage réduit le niveau d'auto-efficacité à acheter des aliments sains à l'épicerie et à avoir une alimentation équilibrée (Anderson et al., 2000). Par contre, ni l'âge, ni le statut socioéconomique (emploi, éducation, revenu) ne semblent influencer l'AE pour trois aspects de l'alimentation. L'instrument développé pour cette étude comprenait 48 items sur une échelle Likert en 10 point regroupés en trois facteurs : la consommation accrue de fibres, fruits et légumes, la réduction des matières grasses dans les collations et la réduction des matières grasses dans les repas (Anderson et al., 2000).

Un vaste échantillon de 16 000 travailleurs américains provenant de divers sites ont participé à la quatrième étude recensée. Son but était d'analyser les relations entre les facteurs psychosociaux et des choix alimentaires sains avant l'implantation d'un vaste programme de promotion de la santé (Kristal et al., 1995). La mesure de l'auto-efficacité comprenait seulement deux items sur une échelle Likert en cinq points à propos de la réduction des gras et de l'augmentation de l'apport en fruits et légumes. Les modèles de régression multiple ont montré une faible association avec les co-variables suivantes : l'âge, le genre, l'origine ethnique, l'état matrimonial, le niveau de scolarité et l'indice de masse corporelle. Les facteurs prédisposants (croyances du lien alimentation-santé,

ses bénéfiques perçus et la motivation) et les facteurs facilitants (barrières perçues, normes et support sociaux) expliquaient une plus grande part de la variance (Kristal et al., 1995).

Contrairement aux autres travaux qui se sont concentrés presque uniquement sur les comportements actuels ou leur initiation (Conner et Armitage, 2002), l'originalité de la dernière étude présentée tient au fait qu'elle a voulu documenter l'AE pour initier et maintenir par la suite les comportements de saine alimentation (Schwarzer et Renner, 2000). Effectuée auprès de 524 adultes berlinois, son objectif était de déterminer les effets des variables sociocognitives (à partir de la théorie sociocognitive) sur les intentions d'adopter et de maintenir une alimentation faible en gras et riche en fibres. L'AE d'initiation était mesurée avec seulement deux items et l'AE de maintien avec trois items sur une échelle Likert en quatre points. L'âge et un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé sont des variables modératrices de l'auto-efficacité lors de l'adoption d'un nouveau comportement alimentaire, alors que l'AE d'initiation, les attentes de résultats et les risques perçus sont associés à l'AE de maintien. À l'opposé des personnes minces, l'AE est plus importante dans les intentions de changement que seulement la perception du risque pour les personnes obèses (Schwarzer et Renner, 2000).

En résumé, les quelques études rapportant des résultats sur les facteurs associés à l'AE pour s'alimenter sainement ne permettent pas de tirer des conclusions solides, car il ne s'agit pas du principal objectif de ces études. Le cadre conceptuel, les variables mesurées, les échelles d'AE ainsi que les méthodes d'analyse varient beaucoup d'une étude à l'autre. Dans une revue de 265 études publiées entre 1980 et 1999 en nutrition comportementale, Contento et al. (2002) déploraient que les résultats sur la fidélité et la validité des instruments utilisés n'étaient pas toujours rapportés, comme nous l'avons constaté dans les articles de Kristal et al (1995) et Tassell et Flett (2005). On peut aussi questionner les échelles à très peu d'items de Kristal et al (1995) et de Schwarzer et Renner (2000) pour couvrir l'aspect «généralité» du concept d'AE. Il est nécessaire

de tester les instruments à chaque nouvelle étude qui implique une population différente, ce qui semble ne pas avoir été le cas pour l'étude avec les Maories (Tassell et Flett, 2005). En revanche, les écrits d'Anderson et al. (2000), Sallis et al. (1988) et Sheeshka et al. (1993) présentent des échelles bien construites, dont les propriétés psychométriques ont été testées. Néanmoins, bien qu'inconsistants d'après notre recension, l'AE pour se nourrir sainement semble varier selon l'IMC, l'âge, le nombre d'enfants dans le ménage et certaines attitudes à propos d'une saine alimentation.

Aucun article discutant d'une association entre les concepts d'auto-efficacité et de sécurité alimentaire n'a été recensé dans cette revue de littérature. L'étude de Tassell et Flett (2005) auprès des femmes maories a bien mesuré ces deux concepts en même temps, sans toutefois rapporter de liens directs et statistiquement significatifs entre eux.

4.4 Critiques du concept

Les principales critiques du concept d'auto-efficacité ont trait à sa conceptualisation, sa mesure et son utilité pratique pour prédire les changements de comportements lors d'interventions. Un des problèmes avec l'AE est que celle-ci a possiblement été conceptualisée de différentes manières (Baranowski et al., 1999) et, comme nous avons pu le constater dans la section précédente, les mesures sont hétérogènes (Maibach et Murphy, 1995). Cette hétérogénéité dans les mesures ne pose pas de problème pour Maibach et Murphy (1995), en autant que les instruments développés reflètent bien le concept d'AE.

Malgré le nombre élevé d'études des 20 dernières années relativement à l'influence des facteurs psychosociaux sur la saine alimentation, la capacité des modèles de changement de comportement pour prédire la consommation alimentaire individuelle demeure relativement faible (Baranowski et al., 1999). Cette critique n'est pas spécifique à l'AE mais aux théories du comportement en

général. Selon Jeffery (2004), ces théories auraient échoué les tests empiriques parce qu'elles mettent l'accent sur les processus cognitifs de décision qui sont difficiles à mesurer et qui ne sont pas les seuls en cause dans les changements de comportements. Par contre, lorsque les catégories de comportements sont mieux définies, la prédictivité des modèles est meilleure (Baranowski et al., 1999). Souvent, l'AE explique mieux la motivation et les intentions à manger sainement que les comportements eux-mêmes (Brug, Oenema et Ferreira, 2005).

Pour le futur, il est nécessaire de raffiner les modèles en vue de saisir comment certaines facettes des facteurs environnementaux influencent les comportements de saine alimentation (Raines, 2005). Il serait intéressant de faire le lien entre des aspects modifiables de l'environnement et les processus cognitifs du comportement. La TSC offre cette possibilité mais jusqu'à maintenant, l'intérêt fondamental résidait dans les variables psychologiques comme force maîtresse déterminant les comportements de santé (Brug et al., 2005; Jeffery, 2004).

Malgré ces faiblesses, nous utiliserons le concept d'AE comme proxy pour mesurer les compétences de saine alimentation auprès d'un échantillon de femmes adultes, vivant dans une réserve autochtone au Québec. Une des raisons est que l'AE est un concept largement utilisé en éducation pour la santé et on a des indications très pratiques sur la manière de s'y prendre pour améliorer celle des individus (Bandura, 1989; Conner et Armitage, 2002). Les résultats de cette recherche peuvent donc trouver des applications très pratiques pour les éducateurs et les promoteurs de la santé en milieu autochtone. Comme nous venons de le souligner, un des besoins qui motive cette recherche chez les autochtones, est de faire le lien entre des facteurs modifiables de l'environnement alimentaire, comme nous souhaitons le faire avec le concept de sécurité alimentaire, et des facteurs individuels comme l'auto-efficacité.

CHAPITRE 2

QUESTIONS DE RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL

La nécessité d'intervenir sur le plan de la nutrition auprès des populations autochtones est une préoccupation importante en santé publique. Les déterminants psychosociaux des comportements alimentaires qui peuvent être utilisés dans les interventions comportementales sont peu connus (Willows, 2004). De surcroît, la vulnérabilité des autochtones face au diabète de type 2 et à l'obésité (CPN/ONSA, 2004; CSSSPNQL, 2006; Waldram et al, 2006; Willows, 2005; Young et al., 2000), associée à une transition nutritionnelle dont on connaît peu les facteurs associés (Willows, 2004, 2005) sont autant de motifs justifiant l'intérêt et la pertinence de cette recherche. Pour des groupes aussi vulnérables sur le plan de la santé, il faut mieux comprendre comment les influences des facteurs environnementaux de la saine alimentation interagissent avec des facteurs individuels.

Le but de cette étude est de vérifier l'hypothèse quant à l'existence d'une association inverse entre les perceptions des compétences (auto-efficacité (AE)) avec le niveau d'insécurité alimentaire (IA) du ménage dans un contexte de transition nutritionnelle. Les autres questions de recherche sont : (1) quels sont les niveaux de perceptions pour deux types de compétences pour s'alimenter sainement : les compétences culinaires et les compétences à faire des choix sains dans différentes situations, chez des femmes autochtones adultes, responsables de l'approvisionnement alimentaire dans leur foyer et résidant dans une communauté semi-isolée du Québec ? (2) quelles sont les autres variables associées au degré de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et la force de ces associations ? et, (3) quelle est la prévalence d'insécurité alimentaire des ménages composant cette communauté ?

I. LE CONCEPT D'AUTO-EFFICACITÉ À L'INTÉRIEUR DE LA THÉORIE SOCIOCOGNITIVE

Nous avons choisi le concept d'auto-efficacité pour opérationnaliser la notion de compétence pour s'alimenter sainement. Dans le chapitre précédent, nous avons défini l'auto-efficacité (AE). La théorie sociocognitive (TSC) qui intègre ce concept d'AE, postule que les gens ont les capacités d'influencer leurs propres motivations et leurs comportements grâce à une interaction réciproque et dynamique entre les facteurs personnels, l'environnement et le comportement, appelée déterminisme réciproque (Bandura, 1989 ; Baranowski et al., 2002). Tel qu'illustré à la figure 2, la TSC spécifie un noyau de déterminants et les mécanismes par lesquels ils opèrent afin de traduire cette connaissance à travers des pratiques de santé efficaces (Bandura, 2004). L'aspect central du concept d'AE est son influence directe sur l'intention et le comportement et son influence indirecte sur les comportements de santé à travers les autres déterminants.

Comme le concept d'auto-efficacité fait référence à une perception des compétences, il servira de proxy pour mesurer les compétences pour s'alimenter sainement. Tout d'abord, une saine alimentation comprends les habitudes et les comportements alimentaires favorisant l'amélioration ou le maintien de la santé (Hooper, Kirkpatrick, Ellis, McIntyre, 2005). Au Canada, le modèle d'alimentation saine proposé pour la population, le Guide alimentaire canadien (dont une version récente adaptée aux Premières nations, Inuit et Métis), met l'accent sur une consommation accrue en fruits et en légumes, la sélection de produits à grains entiers, la consommation de produits laitiers, de viandes et de substituts maigres et la substitution dans le choix des matières grasses en faveur des matières grasses insaturées (Santé Canada, 2007a).

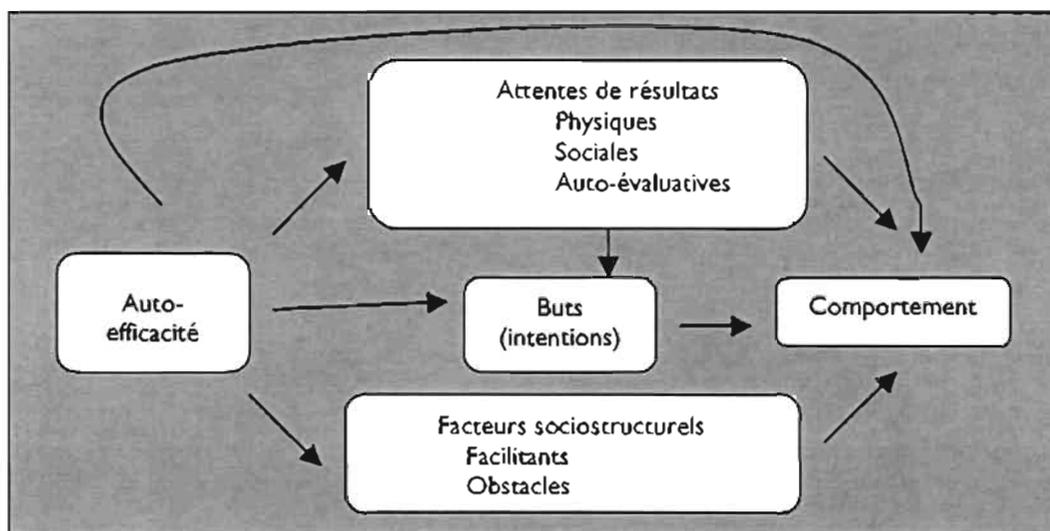


Figure 2. Cadre conceptuel des déterminants de la théorie sociocognitive (Bandura, 2004)

Ainsi, la notion de compétence pour s'alimenter sainement pourrait être définie comme suit: fondée sur les connaissances, l'expérience et les aptitudes, il s'agit de la capacité de mettre en pratique les habitudes et les comportements alimentaires qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé (le-dictionnaire.com, (n.d.); Hooper et al., 2005). Les compétences pour s'alimenter sainement demandent d'appliquer par exemple, des habiletés pour l'acquisition (planification et achats) et la gestion (conservation, préparation, organisation des repas, consommation) des aliments, fondées sur l'interprétation des connaissances disponibles en matière de nutrition et de santé.

Dans le cadre de notre étude, nous mesurerons plus spécifiquement deux types de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement. Premièrement, la confiance qu'une personne a en ses propres capacités de succès à s'alimenter sainement dans des situations courantes, que nous appellerons «perception de ses compétences situationnelles pour s'alimenter sainement» (PCS). Deuxièmement, la confiance qu'une personne a en ses propres capacités de succès à réaliser des activités de préparation de mets et de repas équilibrés à partir d'aliments achetés en magasin, que nous appellerons «perception de ses compétences culinaires» (PCC). À noter la distinction faite

entre les aliments achetés en magasin et les aliments traditionnels pour l'échelle de la PCC. C'est précisément cette compétence que nous voulons explorer dans notre étude, pour rappeler le contexte de transition nutritionnelle rapide caractérisant les peuples autochtones du Canada (Kuhnlein et Receveur, 1996).

2. APPROCHE ÉCOLOGIQUE DES DÉTERMINANTS DE L'AUTO-EFFICACITÉ

Le modèle écologique en promotion de la santé sur lequel s'appuie cette recherche nous invite à concevoir les multiples déterminants de la santé d'un individu : prédispositions biologiques, relations familiales et sociales, communauté, culture, environnements physique et social et les grandes tendances sociales et économiques (Frohlich et Poland, 2006; Green et al., 1996). La notion de déterminisme réciproque de la théorie sociocognitive est cohérente avec le modèle écologique en considérant les influences sociales et environnementales dans les comportements de santé (Bandura, 2004; Story et al., 2002). Stokols (1996) souligne qu'un avantage important des modèles en promotion de la santé fondés sur l'environnement est qu'ils procurent une compréhension plus complète des facteurs situationnels qui facilitent ou nuisent aux efforts des personnes qui veulent améliorer leurs habitudes de vie.

Dans le contexte actuel de l'environnement physique, caractérisé par la perte de l'utilisation du territoire pour la chasse et la pêche, auquel s'ajoute les conditions socioéconomiques défavorables prévalentes d'une majorité de communautés autochtones décrites dans la revue de la littérature, il nous apparaît que la notion de sécurité alimentaire résume plusieurs aspects environnementaux influençant l'alimentation. Cette variable sera considérée comme un indicateur des principales barrières environnementales à une alimentation saine au sein de notre population.

3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Le schéma de la figure 3 illustre le cadre conceptuel de cette étude à l'aide du modèle écologique. Les trois niveaux de déterminants retenus sont l'individu (en l'occurrence, la femme responsable des provisions pour le foyer), le foyer et la communauté, situés dans le contexte plus large de la transition nutritionnelle. Pour résumer le modèle présenté à la page 32, la transition nutritionnelle marquée par l'arrivée massive de nouveaux aliments manufacturés, a amené une profonde transformation des compétences nécessaires pour s'alimenter sainement. Ces deux notions sont considérées les variables latentes exogènes dans notre étude. Dans ce contexte, les individus touchés par ces changements rapides peuvent manquer de confiance en leurs capacités à appliquer de nouveaux principes de saine alimentation (variables «PCS» et «PCC»), d'autant plus si leurs conditions de vie ne leur permettent pas de se procurer et de préparer ces nouveaux aliments (variable «sécurité alimentaire du ménage»). Bien qu'il s'agit d'une mesure pour le ménage, nous avons situé le concept de sécurité alimentaire sur la figure 3 pour qu'il chevauche deux niveaux : la communauté et le foyer. La double flèche entre les variables de perception des compétences et de la sécurité alimentaire indique que cette enquête, de nature transversale, ne pourra déterminer la direction de cette association supposée. Puisque cette recherche ne mesurera pas directement les compétences de saine alimentation, ni la transition nutritionnelle, les flèches grises partant de ces deux concepts indiquent leur influence présumée.

Les autres variables retenues et qui seront mesurées dans cette étude sont soit associées à l'auto-efficacité, soit à l'insécurité alimentaire et choisies à partir de la revue de la littérature. Nous avons deux groupes principaux de variables. Premièrement, les variables du foyer comprennent quatre types de variables, en plus de la sécurité alimentaire: la composition du foyer (logement, composition des membres), le niveau de revenu, l'approvisionnement en nourriture (accès aux aliments traditionnels, lieu et fréquence des achats pour l'épicerie principale, moyen de

transport, dépenses en alimentation et perceptions quant à l'approvisionnement local en fruits et légumes dans la communauté) et enfin, le niveau de tabagisme de la maisonnée (nombre de fumeurs, dépenses de tabac). Les variables individuelles sont de trois ordres: le statut de santé et les habitudes de vie de la participante (maladie chronique auto-déclarée, santé perçue, IMC, perception de ses habitudes alimentaires, habitudes tabagiques et de consommation d'alcool), les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, état matrimonial, occupation, compréhension de la langue maternelle et du français, responsabilité dans la préparation des repas) et certaines attitudes concernant le coût et la commodité d'une alimentation saine.

Nos hypothèses sont que les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement seront plutôt moyennes (en même faibles) pour les deux mesures, étant donné les barrières à la saine alimentation mentionnées (Willows, 2005). L'insécurité alimentaire mesurée sera probablement moins présente au sein des ménages de Manawan que dans les communautés nordiques (Lawn et Harvey 2003, 2004a, 2004b) mais pourrait être plus grande que celle des Autochtones vivant hors réserve (Santé Canada, 2007b). Compte tenu de la période de transition nutritionnelle, nous pensons qu'il y a une association négative entre les perceptions des compétences des femmes à s'alimenter sainement et le niveau d'insécurité alimentaire du ménage : les femmes vivant dans un ménage où l'insécurité alimentaire est présente se sentiront moins compétentes. En revanche, dans les ménages en situation de sécurité alimentaire, les femmes devraient obtenir un score d'auto-efficacité plus élevé.

Puisque nous devons adapter deux mesures d'auto-efficacité pour mesurer les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement à partir d'instruments dont les propriétés psychométriques n'ont pas été publiées (Duquette, Ith, Marquis, 2003), un objectif parallèle à cette étude sera de les adapter à notre population et de décrire leurs propriétés psychométriques.

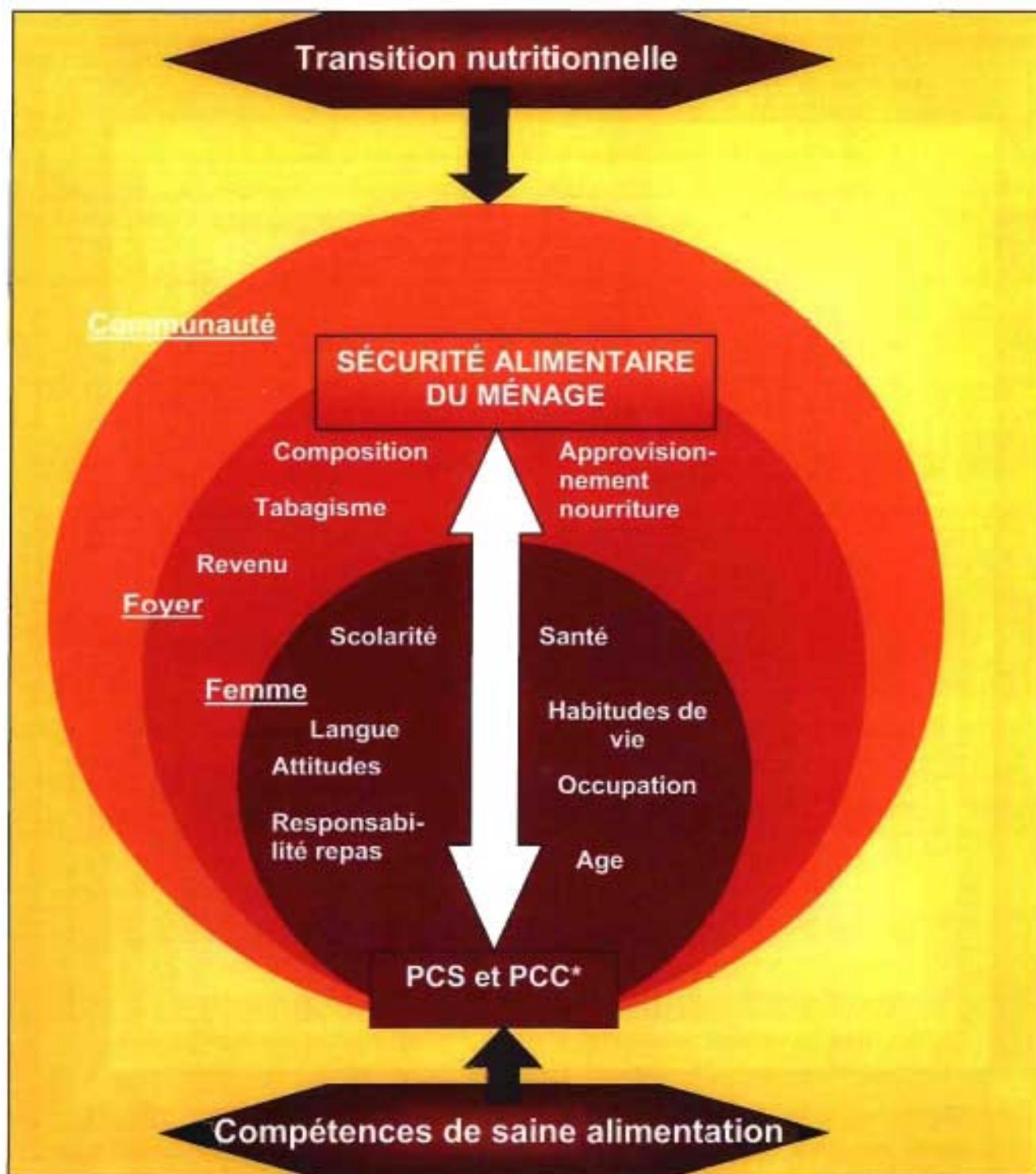


Figure 3. Cadre conceptuel de l'étude selon un modèle écologique.

*PCS : perception des compétences situationnelles, PCC : perception des compétences culinaires

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les éléments méthodologiques complémentaires à ceux décrits dans l'article et qui constitue le chapitre Résultat de ce mémoire. Dans ce chapitre, nous compléterons les éléments suivants : le devis, la présentation de la communauté, les considérations éthiques, les étapes franchies pour l'adaptation et la validation des mesures d'auto-efficacité, le développement du questionnaire, le déroulement de la collecte des données et finalement, les questions non retenues pour l'analyse des données.

I. DEVIS ET ÉCHANTILLON

Les hypothèses soulevées dans le chapitre précédent ont été testées au moyen d'une enquête transversale. Cette enquête fut réalisée auprès d'un échantillon de femmes provenant de la communauté de Manawan et responsables de l'approvisionnement en nourriture dans leur ménage. Une seule femme par foyer pouvait participer à l'étude, à la condition d'avoir résidé dans la communauté plus de huit mois durant l'année. Un échantillon systématique des habitations de la communauté a été constitué à partir de la liste la plus à jour fournie par la communauté.

Les habitations étaient exclues si la participante potentielle avait résidé hors de la communauté plus de huit mois durant l'année (souvent pour raisons d'études), les hommes vivant seul ou lorsqu'un homme était principalement responsable des provisions pour le foyer. Sur la base de ces critères, 21 logements furent considérés non éligibles sur les 193 sélectionnés.

Puisque le questionnaire final n'était disponible qu'en français, il était prévu au départ d'exclure les femmes s'exprimant uniquement dans la langue maternelle, tout en permettant sur demande, la traduction de certaines questions. Mais, lors des discussions de groupes conduites pour l'adaptation des échelles d'AE (voir section 4), ce critère a été interprété par les participantes comme un manque de respect pour la culture. Ces femmes étaient particulièrement sensibles à l'idée de ne pas permettre la participation d'un groupe spécifique de la population, en l'occurrence les aînées qui sont pratiquement toutes unilingues.

Ce critère d'exclusion a été réévalué avec les directeurs de recherche et le comité de recherche local. La solution retenue a été d'inclure toutes les femmes qui acceptent de participer et d'offrir la possibilité de traduire toutes les questions en atikamekw, après les avoir posés en français. Le technolinguiste de la communauté a été consulté pour traduire plusieurs questions par écrit afin d'assurer une formulation la plus uniforme possible. Le comité local avait estimé qu'entre 10 et 15 personnes demanderaient une traduction en atikamekw. Finalement, seulement 7 femmes âgées de 65 ans et plus s'en sont prévaluées. Leur questionnaire ont été finalement exclus des analyses, à cause des biais possibles introduits dans la compréhension des questions d'une langue à l'autre et de leur petit nombre, limitant la capacité de généraliser. L'univers de référence des analyses comprends donc les femmes adultes de moins de 65 ans, capables de s'exprimer en français, responsables de l'approvisionnement alimentaire dans leur foyer et résidant à Manawan.

2 . LA COMMUNAUTÉ DE MANAWAN

Une brève description de la nation atikamekw et de la population de Manawan est présentée dans l'article. Une carte du Québec disponible à l'annexe I, permet de situer les trois villages composant la nation atikamekw. Le lecteur curieux d'en apprendre davantage sur Manawan peut

consulter deux sites internet conçus par la communauté : www.manawan.org et www.manawan.com.

Autrefois nomades, c'est le 29 août 1906 que le gouvernement fédéral octroya l'actuel territoire de la réserve de Manawan et qui marqua le début de la sédentarisation définitive de cette communauté (Conseil des Atikamekw de Manawan, 2006). Mais c'est vraiment vers le milieu des années 1970 que Manawan est entrée dans « l'ère de la modernité » (Lamothe, 1997), marquée par le parachèvement de la route actuelle qui la relie à Saint-Michel-des-Saints, la construction d'un réseau d'égout et d'aqueduc, et l'apparition de l'électricité et de la télévision. Les infrastructures actuelles dans la communauté comprennent un centre de la petite enfance et un centre Mère-Enfant, une école primaire et une école secondaire, quelques restaurants servant surtout de la restauration rapide, une épicerie appartenant au Conseil de bande, un bureau de poste et un comptoir de caisse populaire. Le centre de santé dispense principalement des services de soins infirmiers et de santé communautaire. Comme la communauté est très mal desservie sur le plan des effectifs médicaux, les gens doivent se déplacer régulièrement dans les différentes cliniques de la région pour consulter un médecin, ainsi qu'au Centre hospitalier régional de Lanaudière à Joliette, situé à 175 kilomètres du village.

Sur le plan politique, les Atikamekw sont représentés régionalement par le Conseil de la Nation Atikamekw. Chacune des trois communautés gère ses programmes au niveau de l'éducation, de la santé, des services sociaux et du développement économique, et relèvent du conseil de bande local, ici le Conseil des Atikamekw de Manawan.

3. RECHERCHE PARTICIPATIVE ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES GÉNÉRALES

La plupart des chercheurs ayant travaillé en milieu autochtone soulignent l'importance de créer des partenariats entre chercheurs et communautés en faveur de la recherche participative. Plusieurs codes d'éthiques portant spécifiquement sur la recherche en milieu autochtone ont été élaborés (Castellano, 2004; Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project, 1997; Kunhlein et Receveur, 1996; Macaulay et al., 1998; Sims et Kunhlein, 2003). En ce sens, le projet a d'abord été présenté aux dirigeants de la communauté le 17 octobre 2005 et ceux-ci ont décidé d'appuyer la proposition à l'unanimité. Un consentement libre et éclairé à participer à cette étude en tant que communauté fut obtenu via une résolution signée par les membres du Conseil des Atikamekw de Manawan (annexe II).

Un comité de recherche local fut constitué en novembre 2005 pour encadrer les travaux. Une entente de recherche (annexe II) a été négociée avec ce comité en suivant un modèle proposé pour l'Organisation mondiale de la santé (Sims et Kuhnlein, 2003). Depuis sa création, ce comité composé de cinq membres (le directeur de santé, trois responsables de secteur et l'étudiante), s'est réuni à cinq reprises pour discuter des sujets prévus dans l'entente de recherche, résumés au point 8.1. L'un de ces sujets, la permission de divulguer le nom de la communauté, a été obtenue suite à la présentation des résultats le 8 juin 2007. Pour chaque réunion, un ordre du jour était soumis au comité et un compte-rendu rédigé et adopté par la suite.

Tel que convenu avec la communauté, une assistante de recherche locale a été embauchée et formée juste à temps pour la période de collecte des données, en mai 2006. Ses principales fonctions concernaient surtout le recrutement des participantes et l'obtention de leur consentement verbal. Au besoin, elle assurait la traduction des entrevues dans la langue

maternelle. Une rémunération lui a été consentie, en partie grâce à un programme d'emploi d'été pour étudiants autochtones en santé, financé par Santé Canada, et le reste assumé grâce au fond de recherche octroyé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Deux formulaires écrits en français pour l'obtention du consentement, l'un à participer aux groupes de discussion et l'autre aux entrevues, sont présentés à l'annexe II. Au sein de petites communautés où chacun se connaît, la question de la confidentialité est un sujet particulièrement sensible pour ses habitants. Afin d'assurer la confidentialité, le questionnaire était dépersonnalisé et anonyme (annexe III), les entrevues se déroulaient dans un local fermé au Centre de santé et un serment de discrétion a été signé par l'assistante de recherche (annexe II).

Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal le 30 janvier 2006 (annexe II).

4. ADAPTATION DES INSTRUMENTS DE PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT

L'article en préparation présenté au chapitre 4 décrit bien l'opérationnalisation de la notion de compétence pour s'alimenter sainement, via le concept d'auto-efficacité. Pour faciliter la lecture de la prochaine section, rappelons seulement les noms des deux mesures de perception des compétences pour s'alimenter sainement : la perception des compétences situationnelles pour s'alimenter sainement (PCS) et la perception de ses compétences culinaires (PCC).

4.1 L'adaptation des outils à notre enquête

Les items des échelles d'auto-efficacité de Duquette et al (2003) ont d'abord été révisés par l'équipe de recherche. Deux des membres (G.M. et O.R.) avaient une expérience professionnelle

et de recherche en nutrition dans divers milieux autochtones alors que la directrice de recherche possède une expertise sur les modèles de comportement de santé et en théorie classique des tests (L.P.).

Les items mal écrits qui risquent d'être incompris peuvent entraîner des valeurs manquantes ou biaisées. Afin de minimiser ces problèmes, trois groupes de discussions ont été conduits en mars 2006 avec l'aide d'un des membres du comité local de recherche (le déroulement est décrit à l'annexe III). Les objectifs étaient (1) tester une première version des échelles d'AE auprès d'un échantillon restreint de la population cible et (2) tenir compte de la variété des situations propres aux Atikamekw. Seize femmes, sur les dix-huit qui avaient acceptées de participer, se sont présentées à l'une des trois activités. Nous avons évalué comment les items étaient compris par les répondantes, la clarté de la consigne de départ et l'échelle de mesure la plus appropriée parmi trois propositions (voir exemple fourni à l'annexe III). Les résultats ont servis à l'élaboration finale des deux échelles de 19 énoncés chacune, contenues dans le questionnaire (annexe III). Comme la collecte finale des données a débuté pratiquement trois mois après ces activités, nous avons choisi de ne pas exclure les domiciles de ces femmes de notre échantillon final.

4.2 Analyses factorielles

Pour évaluer les propriétés psychométriques, des analyses factorielles exploratoires (AFE) ont été réalisées sur les instruments à l'aide du logiciel SPSS (SPSS Graduate Pack, version 11.0.4 for Mac OS X, SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.A.) (Crocker et Algina, 1986; Laveault et Grégoire, 2002). Les méthodes d'extraction suivantes ont été utilisées : composantes principales (PC) et axes principaux (PAF). Les rotations orthogonales (varimax) et obliques (oblimin) étaient incluses. Les valeurs manquantes étaient exclues.

Les analyses factorielles ont d'abord été conduites avec tous les items ($n=19$) pour l'échelle de perception des compétences culinaires (PCC) mais pas pour l'échelle situationnelle (PCS). En effet, cet instrument comportait un choix de réponse aux items «ne s'applique pas» qui a généré beaucoup de réponses manquantes. En conséquence, nous avons dû retirer quatre items qui présentaient un taux de réponse inférieur à 90% avant de débiter les AFE avec les quinze items restants. Pour la conduite des analyses, le nombre de questionnaires inclus était de 72 seulement, sur une possibilité de 99, alors que la norme statistique recommande un minimum de 100 (Crocker et Algina, 1986).

Suites aux premières analyses en composantes principales, l'examen de la répartition de la variance et du graphique des éboulis montrent 5 composantes avec une valeur eigen plus grande que un pour la PCC et 3 composantes pour la PCS. Des séries d'analyses successives à 2, 3, 4 et 5 facteurs ont confirmé une solution à 2 facteurs avec une structure claire par la méthode PAF avec rotations obliques pour chacune des échelles. Les items qui ne contribuaient pas à un facteur particulier ont été enlevés. Nous n'avons retenus que les items avec une saturation supérieure à 0,30, sur seulement un facteur. Le tableau I dans l'article présente un résumé de la solution finale comprenant 9 items pour la PCS et 16 items pour la PCC. Des tableaux plus complets comprenant des statistiques descriptives et la solution finale pour les deux échelles sont joints à l'annexe IV.

4.3 Fidélité des instruments

Puisque le questionnaire n'a été administré qu'une seule fois, la précision fut calculée avec le coefficient alpha de Cronbach pour chaque facteur et pour l'ensemble des deux instruments. Les coefficients de consistance interne obtenus, tous supérieurs à 0,7, sont satisfaisants, compte tenu qu'il s'agit d'instruments en développement (Crocker et Algina, 1986). La stabilité temporelle n'a

pas été évaluée. Cette procédure aurait exclu une trop grande proportion de participantes potentielles pour l'enquête principale à notre échantillon déjà restreint.

5. CONSTRUCTION ET RÉVISION DU QUESTIONNAIRE

Pour identifier la provenance des autres questions, le module sur la sécurité alimentaire en français et plusieurs autres questions (7, 14, 19, 41, 42-45, 49, 50) proviennent des enquêtes de Lawn et Harvey (2003, 2004a, 2004b), avec parfois de légères adaptations au contexte atikamekw. Quelques questions sont tirées d'une autre enquête autochtone, l'ERLSPN (8, 9, 15, 33-35) (CSSSPNQL, 2006). La dernière question (51) est une traduction d'énoncés tirés de Sheeshka et al (1993).

L'ensemble du questionnaire a été révisé auprès d'informateurs-clés, notamment auprès des membres du comité local de recherche ainsi qu'auprès de trois autres personnes de la communauté. Une attention particulière a été portée aux propos pouvant paraître inappropriés au regard de la culture (Stevens et al., 1999). Des corrections mineures ont été apportées, surtout pour adapter au contexte local. Un exemplaire du questionnaire final est présenté à l'annexe III.

6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA COLLECTE DES DONNÉES

6.1 Recrutement et stratégie de communication

Pour inviter la population à participer, un dépliant promotionnel (annexe III) a été produit en 500 exemplaires avec l'aide du comité local de recherche et d'une agence de communication. Sa distribution dans les divers lieux publics et accompagnée d'une lettre d'invitation (annexe III)

auprès des domiciles sélectionnés a facilité le recrutement. Des interventions ont aussi été faites aux radios locale et régionale.

Le recrutement des participantes a été accompli par l'assistante atikamekw. Ces dernières étaient contactées surtout par téléphone et parfois directement au domicile. Des explications verbales étaient données pour présenter le projet, obtenir un consentement verbal et le cas échéant, planifier un rendez-vous pour une entrevue. Des confirmations téléphoniques étaient essentielles sinon, les participantes risquaient de ne pas se présenter.

6.2 Collecte des données

Nous ajoutons ici quelques précisions pour compléter la description de la collecte des données dans l'article. Toutes les entrevues ont été conduites par l'étudiante sauf une par l'assistante de recherche. Sur les 107 entrevues, une dizaine ont nécessité la présence de l'assistante de recherche, soit pour apporter des clarifications dans la langue maternelle (n=3) ou pour une traduction complète (n=7). Dans la presque totalité des cas, le consentement écrit était signé au début de l'entrevue. Les échelles d'auto-efficacité étaient auto-administrées et, pour quelques questions (# 39, 40, 45, 49), une liste écrite des choix de réponses possibles ou des énoncés était remise à la participante pour faciliter la compréhension.

Quelques ajustements mineurs sur la formulation des questions ont été faits durant les 10 premières entrevues, sauf pour les questions #33, 41 et 51. Les deux premières servent à calculer les dépenses en tabac et en alimentation. Dans ces cas particuliers, il était nécessaire de retourner aux questions précédentes pour faciliter les calculs des montants alloués par le foyer et même ajouter des sous-questions pour aider à la mémoire de la participante. La question 51 sur les attitudes était difficile à comprendre pour les participantes, surtout les énoncés formulés par la négative. Les énoncés ont été reformulés de manière identique pour toutes les entrevues.

La collecte des données a totalisé 28 jours entre le 24 mai et le 7 juillet 2006, pour une moyenne de 4 entrevues par jour. À partir du 25 juin, la période des vacances estivales était commencée et il devenait plus difficile de recruter des participantes, plus souvent absentes de la communauté.

7. TRAITEMENT POUR L'ANALYSE DES DONNÉES

Les procédures pour l'analyse des données sont décrites dans l'article. Des tableaux des résultats pour les analyses bivariées avec les quatre variables dépendantes sont disponibles à l'annexe IV. Dans cette dernière section, nous nous limiterons aux questions non retenues dans l'analyse des données.

Les questions 16 et 43 ont été rejetées parce qu'elles comportaient un petit nombre de réponses. Pour les mesures anthropométriques, seuls le poids et la taille ont été conservés pour calculer l'IMC parce que la mesure du tour de taille ne s'applique pas aux nombreuses personnes qui affichaient un IMC supérieur à 35, entraînant ainsi beaucoup de réponses manquantes (Santé Canada, 2003). Pour les tests, nous avons conservé seulement la question 44 sur les perceptions de l'approvisionnement local en fruits et légumes frais et éliminé la question portant sur les perceptions de l'approvisionnement en lait (#45). Aussi, une erreur dans l'administration du questionnaire a généré trop de réponses manquantes aux questions 49 et 50. Celles-ci n'ont pas été retenues. Les variables concernant les dépenses allouées au tabac et à l'alimentation n'étaient pas fiables pour les raisons que nous venons d'expliquer, elles ont été éliminées. Enfin, la question 51 a aussi été éliminée parce que mal adaptée pour cet échantillon. De plus, les données tirées de cette question étaient peu propices à l'analyse factorielle (la valeur du KMO étant en deça de 0,70).

CHAPITRE 4

ARTICLE

L'insécurité alimentaire est associée à l'efficacité personnelle dans la préparation et l'adoption d'une saine alimentation chez des femmes d'une communauté autochtone du Québec, Canada.

Genevieve Mercille¹, Dt.P., M.Sc., Louise Potvin^{1,3,4}, Ph.D. et Olivier Receveur², Ph.D.

¹Département de médecine sociale et préventive et ²Département de nutrition, Université de Montréal, ³Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), ⁴Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, Québec, Canada.

Adresse de correspondance: Genevieve Mercille, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7.

Courriel: [information retirée / information withdrawn]

Article en préparation pour soumission à la revue Canadian Medical Association Journal.

Cette étude fut possible grâce à une bourse de formation en recherche octroyée à Geneviève Mercille par les Instituts de recherche en santé du Canada (MFE-78173).

RÉSUMÉ

Objectifs: Le but de cette étude était de vérifier l'hypothèse d'une association inverse entre les perceptions des compétences (auto-efficacité) pour s'alimenter sainement et le niveau d'insécurité alimentaire du ménage, auprès de femmes adultes d'une communauté autochtone.

Méthodologie: Il s'agit d'une enquête transversale effectuée auprès de 107 femmes responsables de l'approvisionnement alimentaire. Les quatre variables dépendantes sont calculées par les scores obtenus à des échelles évaluant les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement. Le niveau d'insécurité alimentaire du foyer est mesuré à partir du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages. Les autres variables indépendantes sont la composition du foyer, le niveau de revenu, l'approvisionnement en nourriture, le niveau de tabagisme, le statut de santé et les habitudes de vie de la participante et des caractéristiques sociodémographiques. Des modèles de régression linéaire multiple sur 99 d'entre elles ont permis de vérifier les facteurs indépendamment associés aux quatre variables d'auto-efficacité au seuil de $p < 0,05$.

Résultats: Une situation d'insécurité alimentaire grave est associée à une réduction significative des scores d'auto-efficacité pour s'alimenter sainement chez les femmes atikamekw, pour trois des quatre variables dépendantes. Les autres variables associées concernent l'approvisionnement en nourriture, le statut matrimonial, les habitudes de consommation d'alcool, le statut pondéral et la maîtrise de la langue maternelle.

Discussion: L'application du concept d'auto-efficacité a contribué à une meilleure compréhension des variables qui influencent les compétences de saine alimentation chez les femmes atikamekw. Celles-ci s'avèrent intimement liées à l'insécurité alimentaire et à l'obésité, particulièrement dans les cas les plus sévères. La question des déterminants de l'alimentation des Autochtones est importante pour comprendre comment se vit la transition nutritionnelle et affronter les défis en santé publique qui touchent ces populations.

Mots-clés: sécurité alimentaire, compétences alimentaires, approche écologique, auto-efficacité, Premières nations

Abréviations non standards:

PCS : perceptions des compétences pour s'alimenter sainement situationnelles

PCC : perceptions des compétences culinaires

IA : insécurité alimentaire

INTRODUCTION

L'alimentation des populations autochtones du Canada s'est considérablement transformée depuis les dernières décennies. On observe une transition rapide vers la diète nord-américaine par le recours à des aliments manufacturés qui ont une valeur nutritive moindre que les aliments traditionnels (Campbell et al., 1997; Kuhnlein et al., 2004). Cette transition nutritionnelle a coïncidé avec l'adoption d'un mode de vie sédentaire, expliquant en partie les taux élevés d'embonpoint, d'obésité et de diabète (Waldram et al., 2006; Willows, 2005).

Malgré les nombreux problèmes de santé attribuables en partie à la nutrition chez ces populations (Waldram et al., 2006), les données limitées quant aux déterminants des comportements alimentaires rendent plus difficiles le développement de stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé culturellement sensibles (Willows, 2005). Chez les Atikamekw, une nation vivant plus au sud dans la province de Québec, des «focus groups» menés en 1998 auprès de la population et des intervenants en santé ont fait ressortir un manque de compétences à préparer des repas sains avec les aliments vendus en épicerie (Mercille, 1999). Cette lacune constituait un obstacle important pour adopter une saine alimentation.

Le processus de décision entourant la consommation d'aliments est influencé par d'autres facteurs contextuels. Des conditions socioéconomiques défavorables, combinées à la perte de l'utilisation du territoire pour la chasse et la pêche, limitent grandement l'accès aux aliments de qualité, contribuent à l'appauvrissement de la valeur nutritive du régime et augmentent les risques d'insécurité alimentaire (IA) chez ces populations (Institut canadien d'information sur la santé, 2004; Willows, 2005).

Dans ce contexte de transition nutritionnelle qui caractérise les populations autochtones, le principal objectif de cette étude est vérifier l'existence d'une association entre les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement auprès d'un échantillon de femmes adultes de la nation Atikamekw et le niveau de sécurité alimentaire de leur foyer. Notre hypothèse est que les scores de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement seront significativement moins élevés chez les femmes vivant une situation d'insécurité alimentaire.

MÉTHODES

Notre étude est une enquête transversale réalisée de mai à juillet 2006 auprès d'un échantillon systématique de femmes responsables de l'approvisionnement alimentaire de leur ménage à Manawan. À cause des besoins exprimés par les responsables locaux, cette communauté a été choisie parce que le partenariat avec le milieu déjà bien établi avec la chercheuse principale (G.M.) était un gage de réussite.

Comptant 1994 individus, Manawan est situé en contexte semi-isolé à 250 kilomètres de Montréal, et accessible à l'année par un chemin forestier non bitumé de 88 kilomètres (Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canadien, 2007). La langue atikamekw est parlée couramment par la grande

majorité de ses habitants et le français est la langue seconde (Lamothe, 1997). Avec environ 50% de sa population âgée de moins de 20 ans, elle connaît une forte croissance démographique (Lamothe, 1997). L'ensemble de la nation atikamekw compte un peu plus de 6200 personnes, réparties principalement dans les autres réserves d'Opitciwan et de Wemotaci (Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canadien, 2007).

Une seule femme par foyer pouvait participer à l'étude, à la condition d'avoir résidé dans la communauté plus de huit mois durant l'année. Un échantillon systématique de 193 habitations de la communauté a été constitué, en sélectionnant deux habitations sur trois, à partir de la liste la plus à jour totalisant 307 logements fournie par la communauté. À noter que sur cette réserve, sauf pour une habitation, celles-ci appartiennent à la communauté et sont louées aux familles. Des 140 participantes éligibles et présentes, 107 ont complété l'entrevue pour un taux de participation de 76%. Un échantillon de cette taille était jugé suffisant pour procéder aux analyses factorielles exploratoires des échelles de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement, identifier des effets de taille moyenne et identifier comme significatives, des corrélations de 0,30 ou plus (J. Cohen, 1988).

Pour souligner l'importance de créer des partenariats entre chercheurs et communautés dans un contexte de recherche, des protocoles éthiques rigoureux ont été respectés (Kuhnlein et Receveur, 1996; Macaulay et al., 1998). À partir d'un modèle reconnu, ceux-ci comprenaient l'obtention d'un consentement à participer à cette étude en tant que communauté et la négociation d'une entente de recherche avec le comité local constitué pour encadrer les travaux (Sims et Kuhnlein, 2003). Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en janvier 2006.

Les variables et les instruments de mesure

Nous avons opérationnalisé la notion de compétence pour s'alimenter sainement par le concept d'auto-efficacité. Intégrée à la théorie sociocognitive de Bandura (1989), l'auto-efficacité se définit comme la conviction personnelle en sa capacité d'effectuer avec succès un comportement pour produire un certain résultat (Bandura, 1977). Deux concepts d'auto-efficacité ont été définis dans cette étude : premièrement, la confiance d'une personne dans ses propres capacités à s'alimenter sainement dans des situations courantes, les «perceptions des compétences situationnelles pour s'alimenter sainement» (PCS). Deuxièmement, la confiance d'une personne dans ses propres capacités à cuisiner des mets et des repas équilibrés à partir d'aliments achetés en magasin, les «perceptions des compétences culinaires» (PCC). Les variables dépendantes ont été adaptées d'instruments utilisés dans le cadre d'une autre étude mais dont les propriétés psychométriques n'avaient pas été publiées (Duquette et al., 2003).

Pour tenir compte de la variété des situations propres aux Atikamekw, des versions modifiées des échelles de Duquette ont d'abord été proposées à un échantillon restreint de la population cible lors de groupes de discussion. Les résultats ont conduit à l'élaboration des deux échelles de 19 énoncés, avec options de réponses sur une échelle de Likert de 0 (pas du tout capable) à 6 (tout à fait capable). Tel que présenté dans le tableau 1, l'analyse factorielle exploratoire réalisée sur les données d'enquête révèle l'existence de deux facteurs distincts pour chacune des échelles: les compétences culinaires santé (PCC santé) et les compétences culinaires générales (PCC générales), ainsi que les compétences pour s'alimenter sainement dans les situations difficiles (PCS difficiles) et dans les situations sociales agréables (PCS sociales). Lorsque plusieurs réponses étaient manquantes pour un item, ces items furent exclus des analyses, donnant les nombres différents d'individus retenus pour les quatre variables. Les coefficients alpha de Cronbach témoignent d'une fidélité de nos instruments variant de bonne à très bonne. Des corrélations de Pearson de 0,38 à 0,51 entre les facteurs, significatives à $p < 0,01$, démontrent bien quatre

concepts d'auto-efficacité différents et modérément liés entre eux. Les quatre variables dépendantes de cette étude sont les scores individuels obtenus à ces quatre facteurs, calculés par l'addition des réponses aux items.

[Insérer Tableau 1 ici]

La variable indépendante principale a été mesurée à partir du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM), élaboré aux États-Unis (Bickel et al., 2000). Les 18 énoncés ont été légèrement adaptés pour des enquêtes conduites auprès de femmes inuites et criées par Lawn et Harvey (2003, 2004a et 2004b), afin d'être acceptés culturellement. Trois catégories décrivent la situation de sécurité alimentaire au cours des douze mois précédant l'enquête: «sécurité alimentaire», «insécurité alimentaire modérée», caractérisée surtout par des compromis sur la variété et la qualité du régime et «insécurité alimentaire grave», caractérisée par des signes de réduction de l'apport et de perturbations des habitudes alimentaires (Bickel et al., 2000). Dans cette étude, la procédure type publiée en 2000 a été respectée dans le traitement des données, contrairement aux récentes enquêtes autochtones et canadienne (Lawn et Harvey, 2003, 2004a, 2004b; Santé Canada, 2007b). Les catégories de sécurité alimentaire sont définies selon le nombre de réponses positives obtenues pour les 18 énoncés : de 0 à 2 réponses positives pour «sécurité alimentaire», de 3 à 7 réponses positives pour «insécurité alimentaire modérée» et 8 réponses positives ou plus pour «insécurité alimentaire grave».

Les autres variables indépendantes sont classées selon deux niveaux du modèle écologique, choisi comme cadre conceptuel (Green et al., 1996). Premièrement, les variables du foyer comprennent la sécurité alimentaire du ménage, la composition du foyer, le niveau de revenu, l'approvisionnement en nourriture et le niveau de tabagisme. Deuxièmement, les variables

individuelles sont le statut de santé et les habitudes de vie de la participante et les caractéristiques sociodémographiques.

Collecte de données

Les entrevues d'environ 45 minutes majoritairement en français, se sont déroulées au centre de santé de la communauté. Un pèse-personne calibré (modèle Detecto Scales) a servi pour les mesures anthropométriques (poids et taille : précision $\pm 0,1$ kg et $\pm 0,5$ cm) et calculer l'indice de masse corporelle, avant de catégoriser le statut pondéral suivant des critères acceptés (Santé Canada, 2003). Aucune indemnité de participation n'a été versée aux participantes. Une assistante de recherche a été embauchée pour le recrutement et la traduction des entrevues en langue atikamekw au besoin. Aux fins des analyses, 99 questionnaires ont été retenus. Un questionnaire présentait des données incomplètes pour la sécurité alimentaire et nous avons exclu les sept entrevues ayant fait l'objet d'une traduction complète dans la langue maternelle, à cause des biais possibles introduits dans la compréhension des questions d'une langue à l'autre et de leur petit nombre, limitant la capacité de généraliser.

Analyse des données

Le logiciel SPSS (SPSS Graduate Pack, version 11.0.4 for Mac OS X, SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.A.) fut utilisé pour le traitement de l'ensemble des données. Premièrement, des statistiques descriptives décrivent l'échantillon. Deuxièmement, nous avons identifié des associations bivariées avec les quatre variables dépendantes. Certaines variables ont dû être regroupées, compte tenu de notre échantillon relativement petit: l'âge, l'état matrimonial, la scolarité, la perception de son alimentation et de sa santé, les classes «poids normal» et «embonpoint» pour le statut pondéral, ainsi que les catégories de réponses quant à la fréquence de consommation d'alcool par exemple. Le seuil de signification de $p < 0,10$ a été retenu pour ces tests, de même que pour les

comparaisons multiples, effectuées selon la procédure de Tukey. Finalement, les variables significatives à $p < 0,10$ sont introduites d'un seul bloc dans des modèles de régression linéaire multiple pour vérifier les facteurs indépendamment associés aux quatre variables de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement. Les coefficients standardisés (β) et les valeurs p sont présentés pour chaque modèle, de même que le R^2 . Le seuil de $p < 0,05$ est retenu pour l'interprétation des variables incluses dans les régressions linéaires multiples.

RÉSULTATS

Analyses descriptives

Suivant les niveaux de déterminants du modèle écologique, l'analyse des données établit la distinction entre les variables individuelles et les variables du foyer. Des données descriptives présentées au tableau II tracent un portrait des participantes et de leur foyer. Cette enquête a permis de rejoindre environ le tiers des foyers de la communauté. Agées de 38 ans en moyenne, les participantes étaient peu scolarisées, occupaient un emploi une fois sur deux et la majorité vivaient en couple. L'IMC moyen de 33,7 est préoccupant et l'usage du tabac fort répandu.

[Insérer Tableaux II ici]

Avec une moyenne par item entre 3,6 et 4,0 sur un maximum de 6, les participantes s'estiment relativement compétentes pour manger sainement. Les scores moyens un peu plus faibles pour les compétences à cuisiner sainement et les compétences de saine alimentation dans les situations plus difficiles indiquent un niveau de difficulté plus élevé pour ces compétences, comparativement aux deux autres.

Les données d'enquête reflètent une situation socioéconomique difficile et un surpeuplement des habitations. L'insécurité alimentaire est très présente dans la communauté. Au cours des douze derniers mois, le tiers des foyers a été touché par l'IA et 10% l'ont été gravement.

Pour les approvisionnements en nourriture, la majorité des foyers effectue ses achats dans un supermarché situé à 145 km ou plus du domicile. Le supermarché du village, fréquenté surtout pour les achats d'appoint (non montré) est perçu plutôt négativement pour son offre en fruits et légumes frais.

Analyses de régression multiple

Des modèles de régression linéaire multiple présentés aux tableaux III et IV ont permis de vérifier quels facteurs sont indépendamment associés aux quatre variables de perception des compétences pour s'alimenter sainement. Globalement, la part de variance expliquée par les différents modèles est modérée et varie de 0,18 à 0,30 (J. Cohen, 1988). Comme le montre les coefficients β , l'IA grave est associée négativement aux PCC santé, PCC générales et PCS sociales en diminuant significativement les scores d'auto-efficacité. Ce lien n'a pu être démontré pour les PCS difficiles. Peu d'autres caractéristiques du foyer demeurent significatives dans les différents modèles, sauf pour l'approvisionnement. Par exemple, les associations entre le niveau de revenu et le tabagisme dans le foyer avec les scores de PCC générales ne sont pas indépendants de l'IA.

[Insérer Tableaux III et IV ici]

Quelques caractéristiques individuelles sont associées positivement aux scores de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement indépendamment de l'insécurité alimentaire. Comparativement aux femmes vivant en couple, les femmes sans conjoint affichent un meilleur score de PCC générales. Celles qui maîtrisent le mieux leur langue maternelle ont également plus

confiance en leurs PCC générales et PCS sociales. Les femmes qui consomment de l'alcool occasionnellement et/ou modérément ont aussi un score plus élevé pour les deux PCC. En revanche, les femmes qui présentent une obésité sévère affichent une confiance moins élevée que les autres catégories d'IMC en leurs compétences culinaires santé.

DISCUSSION

De nature exploratoire, cette enquête de population a révélé des résultats satisfaisants quant aux propriétés psychométriques des échelles d'auto-efficacité pour évaluer les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement, pertinents quant à la prévalence élevée d'insécurité alimentaire dans cette communauté, et à son association avec les scores de PCC et PCS. L'analyse par modèles de régression multiple a permis d'identifier plusieurs variables associées aux perceptions des compétences pour s'alimenter sainement, dont une situation d'IA grave vécue par le ménage au cours de l'année précédant l'enquête. Ce résultat confirme partiellement notre hypothèse de départ, laquelle supposait que les scores de PCC et PCS seraient moindres pour les femmes en situation d'IA, indépendamment de sa gravité.

Les variables individuelles suivantes sont associées à un meilleur score de perceptions des compétences culinaires et/ou situationnelles : une très bonne maîtrise de sa langue maternelle, un statut matrimonial sans conjoint et une consommation modérée d'alcool (en termes de fréquence ou de quantités consommées). La maîtrise de la langue maternelle pourrait être un indice d'un sentiment d'identification ethnique plus fort, ce lien ayant été démontré auprès d'Apaches en Arizona aux Etats-Unis, pour la fréquence d'obtention d'aliments sains mais pas pour les méthodes de préparation plus santé (Gittelsohn et al., 2006). Pour le statut matrimonial, il est possible que les femmes vivant en couple doivent composer avec les préférences du conjoint et des autres

membres de la famille, rendant donc plus difficile de se sentir compétente à cuisiner en général (Hamelin et al., 2002; Ricciuto et al., 2006; Stead et al., 2004). Quant à la consommation d'alcool, il semble que les consommatrices modérées aient une meilleure perception de leurs compétences culinaires par rapport à celles qui ne consomment jamais d'alcool ou à celles qui en consomment régulièrement.

Une seule variable individuelle est associée significativement à un score plus faible aux PCC santé et concerne le statut pondéral. Les femmes présentant une forte obésité se sentent moins compétentes à cuisiner sainement, indépendamment de la situation de sécurité alimentaire. Pour ce qui est du résultat similaire observé au tableau IV au score de PCS difficiles pour la catégorie IMC manquant, celui-ci va dans le même sens que le résultat précédent. Cette catégorie est composée majoritairement de femmes présentant une forte obésité apparente et qui avaient refusé de se peser lors de l'entrevue. D'autres études sur l'auto-efficacité à manger sainement ont noté cette association entre un IMC élevé et un score d'AE moindre (Schwarzer et Renner, 2000; Tassell et Flett, 2005).

Bien que les contextes géographique et social peuvent varier, la prévalence élevée d'insécurité alimentaire dans les foyers de Manawan est semblable à d'autres ménages autochtones au Canada vivant dans les communautés (Lawn et Harvey, 2004b) et hors réserve (Santé Canada, 2007b). Ce résultat, et d'autres résultats présentés au tableau II, soulèvent la question des inégalités sociales et de santé vécues par les Autochtones au Canada (Raphael, 2004). Comme ailleurs dans d'autres communautés des Premières nations, le faible niveau de scolarité, l'accès restreint au marché de l'emploi, la dépendance envers l'état pour le revenu et les habitations surpeuplées ne sont que quelques aspects des conditions de vie difficiles largement prévalentes (Adelson, 2005; CSSSPNQL, 2006; Institut canadien d'information sur la santé, 2004). De plus, quelques indicateurs individuels du statut de santé et des comportements de santé colligés chez les femmes participantes, donnent

une idée du fardeau disproportionné de mauvaise santé. En effet, les femmes de Manawan se perçoivent en moins bonne santé, elles sont majoritairement obèses, déclarent plus souvent être atteintes d'une maladie chronique et fument beaucoup plus qu'ailleurs au Canada (Adelson, 2005; CSSSPNQL, 2006; Institut canadien d'information sur la santé, 2004; Waldram et al., 2006). Ce tabagisme ne s'applique pas seulement aux femmes de notre échantillon mais aussi à l'ensemble des ménages, comme le montre les statistiques sur le tabagisme dans les foyers.

Selon nous, le résultat le plus significatif de cette étude est l'association négative entre les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et l'insécurité alimentaire grave pour trois des quatre variables dépendantes. Pour les femmes ayant déclaré vivre une situation grave d'IA au cours de l'année précédent l'étude, leurs scores d'auto-efficacité sont systématiquement abaissés d'un coefficient β de 0,20 à 0,31, significatifs à $p < 0,05$, pour les deux PCC et pour les PCS sociales.

Ce résultat va dans le sens de travaux précédents. Sans avoir évalué précisément l'insécurité alimentaire, une enquête nationale anglaise conduite en 1993 auprès de 5500 personnes de 16 à 74 ans a révélé que les personnes ayant les revenus les plus faibles ont moins confiance en leurs habiletés culinaires, bien qu'elles cuisinent en moyenne plus de repas par semaine (Caraher et al., 1999). Selon une autre étude auprès de 226 mères canadiennes en situation d'IA, ce qui distingue les mères en situation grave d'IA comparativement aux mères en situation modérée, ce n'est pas la fréquence mais le degré de complexité moindre dans la préparation de repas à partir d'ingrédients de base (McLaughlin et al., 2003). Est-ce que les femmes plus sécures bénéficient d'une meilleure variété d'aliments disponibles ou bien leurs habiletés à préparer des repas plus élaborés les protègent mieux d'une plus grande insécurité ? Comme c'est le cas ici, la nature transversale du devis ne permet pas d'établir la causalité. En fait, un consensus a été établi à l'effet que ce n'est pas le manque de compétences culinaires qui explique l'IA mais bien le manque de moyens financiers

(Caraher et al., 1999; Dowler et al., 2001; McLaughlin et al., 2003; Tarasuk, 2005). Sans marge de manœuvre financière, certaines personnes ont peur d'essayer de nouveaux plats au cas où ils ne seraient pas acceptés par la famille. Même s'ils sont plus chers à l'achat, celles-ci préfèrent souvent se fier aux mets prépréparés qui demandent peu d'énergie à la préparation, sont appréciés de tous, les portions sont comptées et le gaspillage évité (Dowler et al., 2001; Hamelin et al., 2002; Stead et al., 2004). En situation grave d'insécurité alimentaire, les achats pour certains groupes d'aliments spécifiques sont grandement réduits, en particulier pour les fruits, les légumes et les produits laitiers mais pas pour les produits céréaliers et les aliments à densité énergétique élevée (Kirkpatrick et Tarasuk, 2003; Ricciuto et al., 2006). Pour les femmes les plus affectées par l'IA, ce manque de variété dans les provisions alimentaires disponibles peut aussi expliquer le plus faible sentiment de compétences à cuisiner une saine alimentation et à cuisiner en général

Une des dimensions culturelles importante pour les Autochtones concerne le partage de nourriture avec les autres (Willows, 2005). Dans notre étude, c'est l'aspect social des compétences pour s'alimenter sainement qui est le plus affecté en présence d'IA grave. Autrefois, des pratiques culturelles ont pu être développées par les autochtones comme un moyen de maintenir la sécurité alimentaire face aux contraintes de l'environnement (Chan et al., 2006). Plusieurs recherches ont démontré que l'exclusion sociale est l'une des quatre dimensions principales de l'IA, parce que les personnes affectées sont forcées d'adopter des habitudes de consommation et d'acquisition des aliments qui sont à l'extérieur des normes sociales (Coates et al., 2006; Hamelin et al., 2002).

Nous devons considérer ces résultats avec précaution au regard des limites de notre étude quant au devis transversal, de la petite taille de l'échantillon et des nombreux items manquants à l'échelle PCS. Ces derniers ont réduit nos possibilités de détecter des différences statistiquement significatives. Aussi, nous avons testé les qualités psychométriques des instruments sur le même

échantillon que celui sur lequel a été fait le test d'hypothèse. Il faudrait tester leur validité sur des échantillons différents. Enfin, les résultats de cette étude s'appliquent seulement aux femmes adultes de moins de 65 ans de Manawan, capables de s'exprimer en français, et n'est pas représentatif de l'ensemble des personnes responsables des approvisionnements alimentaires dans cette communauté.

La question des déterminants de l'alimentation des autochtones est importante aujourd'hui pour comprendre comment se vit la transition nutritionnelle et mieux affronter les défis en santé publique qui touchent ces populations. La rareté des travaux publiés à ce sujet ne nous permet qu'un portrait très partiel de la situation. La notion de compétence pour s'alimenter sainement explorée dans cette étude s'avère intimement liée à l'insécurité alimentaire et à l'obésité, particulièrement dans les cas les plus sévères. Selon Kunhlein et Receveur (1996), malgré la diminution de l'alimentation traditionnelle, les Autochtones pourraient conserver un bon statut de santé et nutritionnel si les circonstances économiques sont favorables, une variété d'aliments de haute qualité sont disponibles dans les épiceries locales et si des efforts sont consentis pour l'éducation quant à l'utilisation de ces sources alternatives. Pour les éducateurs en santé, une des façons d'améliorer les compétences alimentaires est d'agir directement pour augmenter l'auto-efficacité des individus les moins touchés par l'IA (J. Shannon et al., 1997). D'après nos résultats, ces stratégies pourraient être pertinentes auprès des femmes obèses, pour mieux les accompagner dans leurs efforts visant à adopter une saine alimentation (Schwarzer et Renner, 2000).

Par contre, miser seulement sur l'éducation pour changer les comportements de santé risque d'accroître les inégalités sociales de santé (Frohlich et Poland, 2006). Il faut être conscient des limites des politiques alimentaires et nutritionnelles pour compenser un revenu inadéquat (MacLaughlin et al., 2003; Stead et al., 2004) qui sont du ressort des politiques sociales et économiques (Ricciuto et al., 2006), et cohérentes avec le modèle écologique (Green et al., 1996).

Cette conclusion va dans le sens des recommandations de la dernière enquête de santé des Premières nations au Québec (CSSSPNQL, 2006, page 203) .

Pour la recherche future, une suggestion serait d'utiliser la théorie des modes de vie collectifs comme cadre de référence, théorie qui prends en compte les comportements et les contextes sociaux à travers les pratiques sociales capables de transformations (Frohlich et Poland, 2006). Une telle approche serait certainement utile à une compréhension plus globale des déterminants et à une action plus efficace de la promotion de la santé dans ce contexte culturel particulier.

Comme le soulignait Raphael (2004), le statut d'Autochtone au Canada représente l'interaction entre la culture, les politiques publiques et les mécanismes par lesquels l'exclusion systématique d'un groupe de la population de la participation à la vie canadienne (à ses ressources et à ses opportunités) affecte la santé. Notre exemple pour les femmes atikamekw de Manawan et leur ménage semble lui donner raison. Il devient clair que les efforts pour rétablir l'équilibre entre l'accès aux ressources et aux opportunités pour cette population passe par les politiques publiques et par l'autodétermination (Frohlich et al, 2006).

RÉFÉRENCES

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity : health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S45-S61.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory . *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bickel, G., Nord, M., Price, C., Hamilton, W., Cook, J. (2000). *Guide to measuring household food security, revised 2000*. Alexandria, VA : Food and Nutrition service, United States Department of Agriculture, disponible à l'adresse : www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf.
- Campbell, M.L., Diamant, R.M., Macpherson, B.D., Halladay, J.L. (1997). The contemporary food supply of three Northern Manitoba Cree communities. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 105-108.
- Caraher, M., Dixon, P., Lang, T., Carr-Hill, R. (1999). The state of cooking in England : The relationship of cooking skills to food choice. *British Food Journal*, 101, 590-609.
- Chan, H.M., Fediuk, K., Hamilton, S., Rostas, L., Caughey, A., Kuhnlein, H., et al. (2006). Food security in Nunavut, Canada : Barriers and recommendations. *International Journal of Circumpolar Health*, 65, 416-431.
- Coates, J., Frongillo, E.A., Rogers, B.L., Webb, P., Wilde, P.E., Houser, R. (2006). Commonalities in the experience of household food insecurity across cultures : What are measures missing ? *Journal of Nutrition*, 136, S1438-S1448.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hilldale : LEA Publishers.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de la région du Québec 2002. Rapport des Premières nations vivant dans les communautés*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
- Dowler, E., Turner, S., Dobson, B. (2001). *Poverty bites : Food, health and poor families*. London : CPAG.
- Duquette, M.P., Ith, T., Marquis, M. (décembre 2003). *Prévention du diabète chez des mères économiquement défavorisées*. Poster présenté aux 7èmes journées annuelles de santé publique, Montréal, Québec.
- Frohlich, K.L., & Poland, B. (2006). Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé : l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de «modes de vie collectifs». In : M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson, I. Rootman. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 62-80). Lévis, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

- Frohlich, KL, Ross, N, Richmond, C (2006). Health disparities in Canada today : Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*, 79, 132-143.
- Gittelsohn, J., Anliker, J.A., Sharma, S., Vastine, A.E., Caballero, B., Ethelbah, B. (2006). Psychosocial determinants of food purchasing and preparation in American Indian households. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38, 163-168.
- Green, L.W., Richard, L., Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270-281.
- Hamelin, A-M., Beaudry, M., Habicht, J-P. (2002). Characterization of household food security in Québec : Food and feelings. *Social Science and Medecine*, 54, 119-132.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé.
- Kirkpatrick, S., & Tarasuk, V. (2003). The relationship between low income and household food expenditure patterns in Canada. *Public Health Nutrition*, 6, 589-597.
- Kuhnlein, H.V., & Receveur, O. (1996). Dietary change and traditional food systems of indigenous peoples. *Annual Review on Nutrition*, 16, 417-442.
- Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Soueida, R., Egeland, G.M. (2004). Arctic indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *Journal of Nutrition*, 134, 1747-1753.
- Lamothe, B. (1997). *Fragments de la vie quotidienne des Atikamekw de Manawan. Problèmes sociaux, solidarité et entraide*. Québec, Québec :Bibliothèque nationale du Québec.
- Lawn, J., & Harvey, D. (2003). La nutrition et la sécurité alimentaire à Kugaaruk, au Nunavut : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ottawa, Ontario : Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Lawn, J., & Harvey, D. (2004a). La nutrition et la sécurité alimentaire à Fort Severn, en Ontario : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ottawa, Ontario : Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Lawn, J., & Harvey, D. (2004b). La nutrition et la sécurité alimentaire à Kangiqsujuaq, au Nunavik : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ottawa, Ontario: Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Macaulay, A.C., Delormier, T., McComber, A., Cross, E.J., Potvin, L., Paradis, G., et al. (1998). Participatory research with Native community of Kahnawake creates innovative code of research ethics. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 105-108.
- McLaughlin, C., Tarasuk, V., Kreiger, N. (2003). An examination of at-home food preparation activity among low-income, food-insecure women. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 1506-1512.

- Mercille, G. (1999). *Résumé de la collecte d'informations effectuée dans les trois communautés par la nutritionniste et les RSC lors des rencontres de groupes au printemps 1998*. La Tuque, Québec : Conseil de la nation atikamekw. Manuscrit non publié.
- Ministère des affaires indiennes et du Nord canadien (2007). Profil de Première nation. Atikamekw sipi Conseil nation Atikamekw. Détails du conseil tribal. [fichier de données]. Disponible à http://sdiprod2.inac.gc.ca/fnprofiles/FNProfiles_DetailsTC_f.asp?Tribal_Council_Number=1064. Consulté le 10 juillet 2007.
- Raphael, D. (2004). Introduction to the social determinants of health. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health :Canadian perspectives* (pp1-18). Toronto : Canadian Scholars Press.
- Ricciuto, L., Tarasuk, V., Yatchew, A. (2006). Socio-demographic influences on food purchasing among canadian households. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60, 778-790.
- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Guide de référence rapide à l'intention des professionnels*. Ottawa, Ontario. disponible à l'adresse : www.santecanada/nutrition.
- Santé Canada (2007b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) – Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*. Ottawa, Ontario : Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior : Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health psychology*, 19, 487-495.
- Shannon, J., Kirkley, B., Ammerman, A., Keyserling, T., Kelsey, T., DeVellis, R., et al. (1997). Self-efficacy as a predictor of dietary change in a low socio-economic-status southern adult population. *Health Education and Behavior*, 24, 357-368.
- Sims, J., & Kuhnlein, H.V. (2003). *Indigenous peoples participatory health research. Planning and management, preparing research agreements*. Geneva: World Health Organization.
- Stead, M., Caraher, M., Wrieden, W.L., Longbottom, P.J., Valentine, K., Anderson, A.S., (2004). Confident, fearful and hopeless cooks : Findings from a development of a food-skills initiative. *British Food Journal*, 106, 274-287.
- Tarasuk, V. (2005). Household food insecurity in Canada. *Topics in Clinical Nutrition*, 20, 299-312.
- Tassell, N., & Flett, R. (2005). Stages of change for fruit and vegetable intake and dietary fat modification in Maori women : Some relationships with body attitudes and eating behaviours. *New Zealand Journal of Psychology*, 34, 28-34.
- Waldram, J.B., Herring, D.A., Young, T.K. (2006). Aboriginal peoples and the health transition. In : J.B. Waldram, D.A. Herring, T.K. Young. *Aboriginal health in Canada. Historical, cultural, and epidemiological perspectives* (2nd ed.) (pp. 73-125). Toronto : University of Toronto Press.
- Willows, N.D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada. État actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Revue canadienne de santé publique*, 96, S36-S41

Tableau I. Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences culinaires (PCC) (n=99) et pour l'échelle de perceptions des compétences situationnelles (PCS) (n=72)*

Perceptions des compétences culinaires (matrice des corrélations de Pearson :16 items)					
#	N Items	α	Coefficients régression λ		
			F1	F2	
Compétences culinaires santé		12	0,89		
C	Réduire les matières grasses dans une recette ou lors de la cuisson des viandes			0,53	
H	Faire une soupe maison avec des légumes			0,68	
I	Faire des mets avec des légumineuses			0,52	
J	Préparer des muffins, desserts maison, de la bannique avec la farine de blé entier			0,55	
K	Choisir les techniques de cuisson selon les coupes de viandes commerciales			0,52	
M	Inclure plus de produits laitiers à mes recettes			0,60	
N	Bien choisir et préparer mes légumes			0,75	
O	Bien choisir et préparer mes fruits			0,69	
P	Préparer un repas sain avec des pâtes alimentaires			0,75	
Q	Préparer un repas sain avec des légumes chaque jour			0,77	
R	Mettre de la variété au menu			0,65	
S	Préparer un repas sain en moins de 30 minutes			0,64	
Compétences culinaires générales		4	0,72		
A	Cuisiner sans utiliser de recettes				0,82
B	Apprendre à quelqu'un à se débrouiller pour cuisiner				0,62
E	Changer les ingrédients d'une recette				0,50
F	Inventer un mets avec ce que j'ai sous la main				0,49
Perceptions des compétences situationnelles (matrice des corrélations de Pearson :9 items)					
Situations difficiles à contrôler		5	0,77		
A	Les fins de semaine			0,54	
H	Quand j'ai une rage de manger			0,47	
K	Quand mon budget est très serré			0,67	
M	Quand je suis dans un foyer à Joliette			0,57	
O	Quand je vais au dépanneur			0,85	
Situations sociales agréables		4	0,81		
F	Quand je mange avec mes amis				-0,39
J	Quand il y a des fêtes ou occasions spéciales (makocan)				-0,80
N	Quand je suis dans le bois				-0,65
R	Quand le repas est préparé par quelqu'un d'autre				-0,80

*Les valeurs manquantes aux items ont été imputées par l'assignation de la valeur moyenne de l'individu à l'échelle lorsqu'un maximum d'un item n'avait pas été répondu dans une échelle.

Tableau II. Caractéristiques des participantes et des foyers (n=99).

Caractéristiques individuelles		Caractéristiques du foyer	
<u>Âge moyen, en années (e.t.)</u>	38,1 (9,4)	<u>Composition du foyer</u>	
18-34 ans (n)	39	Nombre moyen (e.t.) de personnes par habitation	6,7 (3,0)
35-44 ans	34	Nombre moyen (e.t.) d'adultes	3,1 (1,4)
45-64 ans	26	Nombre moyen (e.t.) d'enfants de moins de 18 ans	3,6 (2,4)
Enceinte ou allaitante (n)	7	Nombre de foyers sans enfant de moins de 18 ans	6
<u>État matrimonial (n)</u>		<u>Sources de revenus du foyer (mois précédant l'enquête)</u>	
Mariée ou avec conjoint de fait	81	Nombre moyen (e.t.) de personnes avec revenus provenant de toute source	3,0 (1,5)
Célibataire, séparée, divorcée ou veuve	18	Nombre moyen (e.t.) de travailleurs à temps plein	1,0 (0,9)
<u>Niveau de scolarité atteint (n)</u>		Nombre moyen (e.t.) de personnes assistées sociales	1,2 (1,3)
Faible (Primaire ou secondaire non complété)	61	Proportion des foyers dont au moins une personne a bénéficié de l'aide sociale (%)	62
Moyen (Secondaire V, métier ou technique)	17	Proportion des foyers dont tous les revenus provenaient du travail (%)	30
Élevé (Collège ou université)	21	<u>Fréquence des achats de l'épicerie principale (n=96)</u>	
<u>Compréhension perçue de la langue maternelle (n)</u>		Chaque deux semaines ou deux fois par mois	77
Très bonne	83	Chaque mois	19
Assez bonne	16	<u>Lieu des achats de l'épicerie principale (n)</u>	
<u>Compréhension perçue du français (n)</u>		Au village	4
Très bonne	63	À 90 km du village	2
Assez bonne	36	À 145 km du village	69
<u>Occupation (n)</u>		À 175 km ou plus du village	24
Travaille à temps plein ou partiel	46	<u>Moyen de transport utilisé pour faire l'épicerie (n)</u>	
À la maison	27	Véhicule personnel	59
Fréquente l'école	4	Co-voiturage	40
En chômage/congé de maternité/autre	9	Dépenses moyennes (e.t.) consacrées au transport par co-voiturage pour l'épicerie, par mois (n=40)	\$199 (\$122)
Prestataire de l'aide sociale	13	<u>Raisons invoquées pour ne pas acheter des fruits et légumes frais localement (n)</u>	
<u>Santé perçue (n)</u>		Trop chers	57
Mauvaise ou moyenne	21	Qualité laisse à désirer	59
Bonne, très bonne ou excellente	78	Disponibilité/varianité restreinte	68
<u>Perception de la qualité de son alimentation (n)</u>		Répondantes qui disent acheter des fruits et légumes frais au magasin local (n)	12
Mauvaise ou moyenne	31	<u>Accès aux aliments traditionnels (n)</u>	
Bonne, très bonne ou excellente	68	Oui	86
<u>Indice de masse corporelle moyen (e.t.)</u>	33,7 (6,7)	Non	13
Poids normal et embonpoint (n)	31	<u>Tabagisme dans la maisonnée</u>	
Obésité classe I	21	Nombre moyen (e.t.) de fumeurs par maison	2,7 (1,8)
Obésité classe II	23	Nombre de maisons sans fumeur	6
Obésité classe III	15	<u>Sécurité alimentaire dans le foyer (n)</u>	
Manquant	9	Connait la sécurité alimentaire	66
<u>Maladie chronique auto-déclarée (n)</u>		Insécurité alimentaire modérée	23
Non	60	Insécurité alimentaire grave	10
Connue depuis 5 ans ou moins	20	<u>Scores d'auto-efficacité moyens par item (e.t.)</u>	
Connue depuis 6 ans ou plus	19	PCC santé (n=99)	3,64 (0,7)
<u>Responsabilité dans la préparation des repas (n)</u>		PCC générales (n=99)	3,87 (0,8)
Principale responsable	34	PCS difficiles (n=75)	3,58 (0,8)
Responsabilité partagée	56	PCS sociales (n=89)	3,97 (0,9)
À l'occasion ou presque jamais	9		
<u>Fume tous les jours (n)</u>	63		
<u>Fréquence de consommation d'alcool (au cours de l'année précédente) (n)</u>			
Jamais	25		
Moins d'une fois par mois	27		
Une fois par mois	18		
Plus d'une fois par mois	29		
<u>Fréquence de consommation élevée d'alcool à une même occasion (au cours de l'année précédente) (n)</u>			
Jamais	41		
Moins d'une fois par mois	25		
Au moins une fois par mois	33		

Tableau III. Analyses de régression linéaire des prédicteurs individuels et du foyer sur les scores de perceptions des compétences culinaires

Variables	PCC santé		PCC générales	
	β	P	β	P
Sécurité alimentaire (réf : oui)				
Insécurité alimentaire modérée	-0,02	0,85	0,14	0,17
Insécurité alimentaire grave	-0,22	0,02	-0,20	0,04
Age (réf : 18-34 ans)				
35-44 ans	-0,09	0,37		
45-64 ans	0,10	0,36		
Compréhension de la langue maternelle (réf : assez bonne)				
Très bonne	0,18	0,05		
État matrimonial (réf : mariée ou avec conjoint de fait)				
Femme célibataire, séparée, divorcée ou veuve			0,22	0,03
Maladie chronique auto-déclarée (réf : non)				
Connue depuis 5 ans ou moins	-0,02	0,81		
Connue depuis 6 ans et plus	0,19	0,06		
Perception de son alimentation (réf : moyenne ou mauvaise)				
Bonne, très bonne ou excellente	0,15	0,11		
Catégorie d'IMC (réf : poids normal et embonpoint)				
Obésité type I	-0,12	0,25		
Obésité type II	-0,06	0,55		
Obésité type III	-0,26	0,01		
IMC manquant	-0,05	0,58		
Fréquence de consommation d'alcool (réf : jamais)				
Moins d'une fois par mois			0,33	<0,01
Une fois par mois			0,11	0,34
Plus d'une fois par mois			0,03	0,78
Consommation élevée d'alcool par occasion (réf : jamais)				
Quelques fois par année	0,23	0,02		
Au moins une fois par mois	0,09	0,34		
Niveau de revenu du foyer				
Nombre de personnes dans la maison disposant d'un revenu de toutes sources			0,25	0,31
Ratio du nombre de personnes dans la maison disposant d'un revenu de toutes sources			0,07	0,71
Ratio du nombre de personnes dans la maison dont les revenus proviennent de l'état			-0,15	0,24
Niveau de tabagisme de la maisonnée				
Nombre total de fumeurs dans la maison			-0,12	0,68
Ratio du nombre de fumeurs dans la maison			0,27	0,24
Manque de disponibilité invoquée pour ne pas acheter des fruits et légumes frais localement (réf : non)				
Oui	0,27	<0,01		
		R ² =0,41		R ² =0,27
		R ² ajusté =0,30		R ² ajusté =0,18

Tableau IV. Analyses de régression linéaire des prédicteurs individuels et du foyer sur les scores de perceptions des compétences situationnelles

Variables	PCS difficiles		PCS sociales	
	β	P	β	P
Sécurité alimentaire (réf : oui)				
Insécurité alimentaire modérée			-0,10	0,31
Insécurité alimentaire grave			-0,31	<0,01
Compréhension de la langue maternelle (réf : assez bonne)				
Très bonne			0,19	0,05
Niveau de scolarité atteint (réf : faible)				
Moyenne			0,15	0,12
Élevée			-0,14	0,20
Maladie chronique auto-déclarée (réf : non)				
Connue depuis 5 ans ou moins	-0,02	0,89		
Connue depuis 6 ans et plus	0,19	0,10		
Perception de son alimentation (réf : moyenne ou mauvaise)				
Bonne, très bonne ou excellente	0,22	0,05		
Catégorie d'IMC (réf : poids normal et embonpoint)				
Obésité type I	-0,05	0,72		
Obésité type II	-0,14	0,28		
Obésité type III	-0,22	0,09		
IMC manquant	-0,27	0,03		
Accès aux aliments traditionnels (réf : non)				
Oui			0,17	0,10
Co-voiturage utilisé comme moyen de transport pour l'épicerie (réf : non)				
Oui			0,21	0,03
Achat de fruits et légumes frais au magasin local (réf : non)				
Oui			-0,15	0,13
	R ² =0,24		R ² =0,30	
	R ² ajusté =0,16		R ² ajusté =0,23	

CHAPITRE 5

DISCUSSION

L'objectif général de cette étude était de vérifier si effectivement, l'AE pour s'alimenter sainement de femmes autochtones responsables de l'approvisionnement alimentaire dans leur foyer est associée négativement à l'insécurité alimentaire de leur ménage. Les autres questions de recherche consistaient à (1) déterminer les niveaux moyens de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement, (2) identifier d'autres variables associées à ces perceptions, celles-ci provenant de deux niveaux d'influence du modèle écologique (variables individuelles et du foyer) et, (3) tracer un portrait de la situation d'insécurité alimentaire des ménages de Manawan.

Les résultats confirment plusieurs de nos hypothèses mais pas toutes. Les scores moyens d'AE relativement bons aux échelles situationnelles (PCS) et culinaires (PCC) sont supérieurs à notre hypothèse de départ. En effet, il avait été supposé que les niveaux d'AE pour s'alimenter sainement seraient moins élevés, à cause du contexte de transition nutritionnelle. Avec le tiers des ménages touchés, l'insécurité alimentaire prévalente à Manawan est préoccupante.

Malgré la taille de notre échantillon relativement petite, l'analyse des données par régression multiple a permis d'identifier plusieurs variables associées aux perceptions des compétences pour s'alimenter sainement dont l'insécurité alimentaire, notre variable indépendante principale. Trois des quatre scores de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement sont moins élevés pour les femmes touchées par l'insécurité alimentaire dans sa forme la plus grave mais non dans sa forme modérée. Ce résultat confirme partiellement notre hypothèse de départ où nous avons présumé que les perceptions des compétences pour se nourrir sainement seraient moins élevées

pour toutes les femmes touchées par l'IA, peu importe sa gravité. En lien avec les deux niveaux d'influences du modèle écologique de notre cadre conceptuel, plus de variables individuelles que de variables du ménage sont indépendamment associées à l'AE dans les modèles de régression.

Dans ce dernier chapitre du mémoire, nous compléterons la discussion présentée dans l'article au chapitre 4. Nous commencerons d'abord par un retour sur l'opérationnalisation du concept d'AE dans notre étude et de ses propriétés psychométriques, suivi d'un retour sur les résultats descriptifs présentés au tableau II de la page 63. En dernier lieu, nous compléterons la discussion sur les facteurs associés aux perceptions des compétences pour s'alimenter sainement, les limites et les implications de cette étude.

I. ÉCHELLES DE PERCEPTION DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER

SAINEMENT

Comme nous venons de le mentionner, les scores obtenus aux quatre variables d'AE pour s'alimenter sainement sont supérieurs à notre hypothèse de départ. Ce résultat nous paraît un peu surprenant car les habitudes alimentaires des Atikamekw nous paraissent peu conformes aux recommandations pour une saine alimentation. Le rapport de l'Enquête régionale longitudinale de santé des Premières nations (ERLSPN) au Québec a fait état d'une observation semblable (CSSLSPNQL, 2006). Bien que 43% des adultes considèrent leur régime alimentaire équilibré et nutritif, la grande majorité d'entre eux consomment des aliments de faible densité nutritive plusieurs fois par semaine. Il se pourrait aussi que le concept d'auto-efficacité n'ait pas été entièrement couvert par nos échelles. En plus d'être la conviction en ses capacités de produire un comportement, l'auto-efficacité sous-tend la capacité à surmonter les obstacles de sa production (Bandura, 2003). La consigne de départ ne demandait pas spécifiquement aux participantes de

considérer les barrières quotidiennes, une erreur courante dans les instruments semble-t-il, et qui aurait pu entraîner une surestimation du jugement d'auto-efficacité (Maibach et Murphy, 1995). Les échelles auraient peut-être aussi gagné en précision en définissant préalablement le concept de saine alimentation en introduction aux questionnaires. Une autre possibilité pour atteindre le même objectif de précision aurait été de construire des échelles évaluant l'auto-efficacité de comportements alimentaires spécifiques et précis, tel la consommation de fruits et légumes et/ou la consommation de matières grasses.

Globalement, les résultats positifs quant aux propriétés psychométriques des échelles d'auto-efficacité présentés aux tableaux V à VIII (annexe IV) sont satisfaisants, compte tenu qu'il s'agit d'instruments non standardisés. Les coefficients alpha de Cronbach, supérieurs à 0,8 pour les deux mesures, témoignent d'une bonne précision de nos instruments (Baranowski et al., 1999).

Les quatre facteurs révélés par l'analyse factorielle exploratoire (AFE) ont permis la construction de quatre variables dépendantes distinctes et modérément liées entre elles sur le thème des compétences pour s'alimenter sainement. Pour l'échelle de la PCC, aucun instrument semblable n'a été recensé dans la littérature pouvant établir une comparaison. L'AFE montre bien deux dimensions distinctes : les compétences culinaires santé et les compétences culinaires générales, avec des coefficients de régression saturant un seul facteur. Étant donné les travaux de validation antérieurs publiés pour des échelles situationnelles semblables à la PCS, notre échelle comprend des items similaires à d'autres instruments. L'AFE révèle aussi deux facteurs sous-jacents (situations difficiles et situations sociales agréables) qui sont communs (Chang et al., 2003; Ounpuu et al., 1999). Mais puisque nous avons une structure à deux dimensions seulement et non trois, certains des items auraient pu se regrouper dans des facteurs distincts, si la structure factorielle de la PCS avait montré plus de dimensions. Dans notre exemple, les items faisant référence à des situations où les choix d'aliments sains sont restreints (dépanneur, foyers, budget serré), des

situations temporelles (fins de semaine) et des sentiments négatifs (rage de manger) sont regroupés sous un même trait latent, les «situations plus difficile à contrôler».

Une des raisons pouvant expliquer ce résultat pour la PCS a trait à la construction de cette échelle. Celle-ci comportait un choix de réponse «ne s'applique pas» aux items, en plus du format Likert allant de 0 à 6. Cette suggestion avait été retenue pour cet instrument, suite aux discussions avec le comité local de recherche lors des étapes préliminaires à l'enquête. Cette erreur dans la construction du questionnaire a généré beaucoup de réponses manquantes dans le traitement des réponses, et réduit le nombre de questionnaires valides à 72 (sur une possibilité de 99) pour réaliser les AFE. En conséquence, cette échelle comptant au départ 19 énoncés, a été réduite à 9 énoncés pour obtenir une structure claire à deux facteurs, où 81,5 % de la variance commune est expliquée par les deux facteurs retenus. Avec 9 énoncés pour 72 participantes, la norme psychométrique entre 5 à 10 individus par énoncé est respectée (Laveault et Grégoire, 2002).

Les associations documentées dans cette recherche entre les scores d'AE pour les quatre variables dépendantes avec plusieurs variables indépendantes fournissent des indications de validité concomitante. Ce fut le cas notamment pour les variables indépendantes suivantes : les catégories de sécurité alimentaire du ménage, les catégories d'IMC définissant le statut pondéral, la maîtrise de la langue maternelle, le statut matrimonial et les habitudes de consommation d'alcool.

Les échelles d'AE doivent mesurer trois aspects : le niveau de difficulté, la force et la généralité (Bandura, 1977, 2003; Maibach et Murphy, 1995). Il peut être difficile d'obtenir un bon instrument avec toutes ces qualités (Maibach et Murphy, 1995). En promotion de la santé, on peut rarement établir de façon hiérarchique le niveau de difficulté de chaque tâche et on compense en construisant des échelles qui présentent une plus grande variété de situations, comme ce fut le cas avec nos instruments (Maibach et Murphy, 1995). Une échelle avec de nombreux d'items a aussi

plus de chances de refléter adéquatement la diversité du comportement (l'aspect généralité de l'AE). On peut également avoir une idée du niveau de difficulté de chaque tâche en observant les moyennes et les écarts-types des items. Les items avec un écart-type plus grand discriminent mieux les individus. Dans notre cas, quelques items dans chaque échelle possèdent cette qualité, par exemple dans la PCC : réduire les matières grasses (C), faire des mets avec des légumineuses (I), utiliser la farine de blé entier (J), inventer un mets (F). Dans la PCS, les items A (les fins de semaine), H (rage de manger) et N (dans le bois) ont aussi un plus grand écart-type.

La validation de critère des instruments d'auto-efficacité doit être entreprise pour comparer les niveaux d'AE pour s'alimenter sainement avec un instrument plus objectif mesurant les compétences alimentaires réelles par exemple, celui développé auprès d'une population autochtone en Arizona pour évaluer les compétences de préparation (Gittelsohn et al., 2006). Il faudrait aussi inclure plus de variables concomitantes, connues pour être associées à l'auto-efficacité, comme les attitudes sur le coût, le goût et la commodité à s'alimenter sainement, les préférences familiales, le support de l'entourage au regard de l'alimentation saine et les normes communautaires, d'autant plus que nous avons dû exclure des analyses cette question sur les attitudes (Kristal et al., 1995; Sheeshka et al., 1993; Staed et al., 2004; Townsend et Kaiser, 2005). Il faudrait aussi confirmer les dimensions explorées dans les analyses factorielles auprès d'un échantillon indépendant, comprenant minimalement 200 sujets, pour ajouter à la validité interne de construit des instruments (Laveault et Grégoire, 2002). Enfin, les échelles peuvent être raffinées pour inclure d'autres dimensions des compétences pour s'alimenter sainement par exemple, la planification des achats, la gestion des provisions alimentaires et l'organisation des repas qui influencent également la consommation (Caraher et al., 1999).

Pour conclure cette section, l'utilisation du concept d'auto-efficacité pour mesurer les perceptions des compétences a donné des résultats satisfaisants quant à la précision des échelles et des

dimensions révélées par l'AFE. Selon nous, ces instruments représentent adéquatement la notion de compétences pour s'alimenter sainement dans notre étude.

2. RETOUR SUR LES RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Le tableau II présente plusieurs résultats descriptifs que nous interpréterons ici en faisant souvent référence à l'Enquête régionale de santé des Premières nations du Québec, conduite en 2002 et dont le rapport est nouvellement publié (CSSSPNQL, 2006). Deux communautés atikamekw ont fait partie de l'échantillon dans cette enquête, dont Manawan.

Avec un âge moyen de 38 ans, les femmes responsables de l'approvisionnement en nourriture dans notre échantillon sont en proportion plus âgées que l'ensemble des adultes de la nation atikamekw. Les jeunes adultes de 18 et 34 ans représentent 53 % de la population, comparativement à 31% seulement dans notre échantillon (CSSSPNQL, 2006). Bien que nous ayons retenus les questionnaires complétés en français dans les analyses, la majorité des participantes estiment très bien comprendre leur langue maternelle, comme pour le reste de sa population adulte (CSSSPNQL, 2006). Le niveau de scolarité atteint et le statut d'emploi sont aussi représentatifs de la population atikamekw (CSSSPNQL, 2006).

Plusieurs caractéristiques des participantes et des foyers décrites dans le tableau II sont une illustration assez fidèle des inégalités sociales et de santé vécues par les Autochtones, comparé au reste de la population canadienne. Malheureusement, il semble que les conditions de vie des femmes atikamekw et de leur ménage soient à l'image du portrait dressé dans la littérature (Adelson, 2005; CSSSPNQL, 2006; Frohlich et al., 2006; Institut canadien d'information sur la santé, 2004; Waldram et al., 2006). Comme ailleurs dans d'autres communautés des Premières

nations, le faible niveau de scolarité, l'accès restreint au marché de l'emploi, la dépendance à l'état pour le revenu et les habitations surpeuplées ne sont que quelques aspects des conditions de vie difficiles largement prévalentes (Adelson, 2005; CSSSPNQL, 2006; Institut canadien d'information sur la santé, 2004).

Toujours en référence au tableau II, nous présentons aussi quelques indicateurs couramment utilisés du statut de santé et des comportements de santé pour notre échantillon. Ceux-ci donnent une idée sommaire du fardeau disproportionné de mauvaise santé. En effet, les femmes de Manawan se perçoivent en moins bonne santé, sont majoritairement obèses, déclarent plus souvent être atteintes d'une maladie chronique et fument beaucoup plus qu'ailleurs au Canada (Adelson, 2005; CSSSPNQL, 2006; Institut canadien d'information sur la santé, 2004; Waldram et al., 2006). Ce tabagisme ne s'applique pas seulement aux femmes de notre échantillon mais aussi à l'ensemble de la population atikamekw, comme le montre les statistiques sur le tabagisme dans les foyers. Avec 93 foyers fumeurs sur 99, le tabagisme semble plus répandu à Manawan que dans l'ensemble des communautés autochtones au Québec où on a estimé que 48% des domiciles sont des environnements fumeurs (CSSSPNQL, 2006).

La proportion très importante de femmes présentant un surplus de poids est surprenante et beaucoup plus élevée que pour l'ensemble des femmes autochtones au Québec (CSSSPNQL, 2006). À partir des 90 résultats disponibles pour l'IMC, nous avons estimé que seulement 7% des participantes atikamekw se classent dans la catégorie poids normal (non montré), versus 27% des femmes de l'ERLSPN (CSSSPNQL, 2006; Santé Canada, 2003). À l'inverse, deux fois plus de femmes dans notre échantillon sont considérées obèses (66% versus 33%). L'âge moyen plus élevé des participantes dans notre enquête pourrait expliquer en partie cette différence. Il est difficile de vérifier cette hypothèse avec précision à partir des rapports d'enquêtes disponibles toutefois,

d'autres données indiquent une prévalence d'excès de poids supérieure à 80% pour l'ensemble des adultes des Premières nations âgés de 35 ans et plus (Waldrum et al., 2006, page 102).

Concernant la consommation d'alcool, nous avons utilisé les mêmes questions que dans l'ERLSPN pour la région du Québec (CSSSPNQL, 2006). Les résultats dans le tableau II indiquent des résultats similaires pour la fréquence de consommation d'alcool au cours de l'année précédente mais moindres pour les quantités consommées. Dans notre échantillon, les femmes ont déclaré avoir consommé cinq verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois deux fois moins souvent que dans l'enquête régionale, 33% versus 67% (CSSSPNQL, 2006). Encore ici, l'âge des femmes atikamekw de notre enquête pourrait expliquer cette différence.

Tel que décrit dans l'article, la prévalence élevée d'insécurité alimentaire dans le tiers des foyers à Manawan est semblable à d'autres ménages autochtones au Canada vivant dans les communautés (Lawn et Harvey, 2004b) et aux ménages autochtones vivant hors réserves (Santé Canada, 2007b). Par contre, la situation ne semble pas aussi sévère que pour les Cris et les Inuit du Nunavut (Lawn et Harvey, 2003, 2004a). Une des explications possibles de cette différence a trait à sa situation géographique. Étant moins isolée et accessible par route toute l'année, les résidents de Manawan ont accès dans leur communauté et à l'extérieur, à des aliments commerciaux moins coûteux qu'en régions éloignées, et où les prix sont davantage comparables à ceux dans les centres urbains.

Dans l'ensemble du Canada, l'insécurité alimentaire touche 9,2% des ménages dont 2,9 % en situation d'insécurité alimentaire grave. Cette proportion atteint 33% au sein des ménages autochtones hors réserves, dont 14% en situation grave (Santé Canada, 2007b). Cette enquête canadienne, bien qu'ayant utilisé le même instrument de mesure, a déterminé un seuil de positivité différent de l'approche type aux États-Unis appliquée ici. La comparaison doit donc être effectuée

avec prudence. Un seuil de positivité de deux réponses a été appliqué pour catégoriser l'insécurité alimentaire modérée dans la dernière enquête canadienne (Santé Canada, 2007b) alors qu'il est de trois réponses selon la procédure de Bickel et al (2000). En appliquant la méthode canadienne à notre échantillon, il est probable que nous obtenions des taux de prévalence d'insécurité alimentaire des foyers atikamekw encore plus élevés.

Comme il a été mentionné au chapitre 2, un des intérêts de cette recherche portait sur les compétences culinaires santé à partir d'aliments manufacturés, telles que mesurées avec la PCC, expliquant pourquoi nous voulions documenter les habitudes d'approvisionnement des ménages. La communauté possède un supermarché appartenant au Conseil de bande et les ménages disposant d'un moyen de transport peuvent aussi se déplacer à l'extérieur, en effectuant un trajet d'au moins 90 kilomètres pour accéder au supermarché le plus près, à Saint-Michel-des-Saints. D'après nos résultats, la grande majorité des ménages effectuent ses achats d'épicerie à l'extérieur de la communauté, parcourent 145 km ou plus pour l'atteindre et paient même un montant substantiel en co-voiturage chaque mois lorsqu'ils ne possèdent pas de véhicule motorisé. Ce comportement semble s'expliquer en partie par les perceptions négatives qu'une majorité de répondantes ont envers leur épicerie locale, notamment à propos de l'offre en fruits et légumes frais. Même si Manawan à l'avantage d'être situé plus près des centres urbains comme Montréal, où se concentrent les grossistes en alimentation, une majorité de femmes interrogées trouvent que les fruits et légumes frais vendus localement sont trop chers, leur qualité laisse à désirer et déplorent leur manque de variété. Ces perceptions rejoignent celles de plusieurs communautés nordiques, beaucoup plus éloignées et isolées géographiquement (Ladouceur et Hill, 2002; Lawn et Harvey, 2003; 2004a; 2004b).

Une seule question a été posée quant à l'accessibilité aux aliments traditionnels et cet accès ne semble pas poser problème pour une majorité de foyers à Manawan. Les Atikamekw sont

reconnus comme une des nations au Québec qui consomment et partagent le plus d'aliments traditionnels, avec les Innus et les Naskapis (CSSSPNQL, 2006).

3. FACTEURS INDIVIDUELS ASSOCIÉS AUX PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT

Plusieurs caractéristiques individuelles des participantes ont démontré une association avec l'une ou l'autre des quatre variables dépendantes. Celles-ci ont été discutées dans l'article au chapitre 4. C'est le cas notamment pour le statut pondéral. Les femmes sévèrement obèses ont une moins bonne perception de leurs compétences à cuisiner sainement. Certains auteurs avancent que l'auto-efficacité est un facteur plus décisif que la perception du risque pour la santé dans les intentions de changement des habitudes alimentaires chez les femmes obèses, à l'opposé des personnes minces. (Schwarzer et Renner, 2000).

Nous n'avons pas établi d'association entre certaines variables et la perception des compétences pour s'alimenter sainement. Par exemple, un âge plus élevé a été associé à un sentiment de compétences plus grand dans d'autres études (Schwarzer et Renner 2000; Caraher et al., 1999).

4. LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE EST ASSOCIÉE AUX PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT

Le résultat le plus significatif de cette étude est sans contredit l'association négative entre les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et l'insécurité alimentaire grave et ce, pour trois des quatre variables dépendantes : les PCC santé, les PCC générales et les PCS sociales. Le lecteur trouvera une discussion approfondie sur ce sujet dans l'article au chapitre 4.

Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre la forme modérée d'insécurité alimentaire et les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement. Cette forme d'insécurité alimentaire est surtout caractérisée par des compromis sur la qualité (Bickel et al., 2000). On pourrait songer que des stratégies de promotion d'une saine alimentation qui amélioreraient l'accès dans la communauté à certains aliments sains spécifiques, déjà consommés et acceptés par l'ensemble de la population, puissent améliorer les apports nutritionnels (McIntyre, Tarasuk, Li, 2007).

5. AUTRES FACTEURS DU MÉNAGE ASSOCIÉS AUX PERCEPTIONS DES COMPÉTENCES POUR S'ALIMENTER SAINEMENT

Peu de variables parmi les cinq groupes étudiés pour le foyer ont montré une association avec les perceptions des compétences sauf, deux variables à propos de l'approvisionnement. Premièrement, l'utilisation du co-voiturage comme moyen de transport est associé à un score plus élevé pour les PCS sociales. Le fait de voyager à plusieurs pourrait en effet être perçu comme une situation sociale agréable par exemple, en partageant un repas durant le trajet pour effectuer les

courses. Deuxièmement, ne pas acheter ses provisions de fruits et légumes frais localement est associé à un score plus élevé aux PCC santé. Cela est un résultat attendu. En effet, la disponibilité et la variété en fruits et légumes frais étant beaucoup plus grande dans les commerces extérieurs à la communauté, les personnes qui ne dépendent pas de l'approvisionnement local ont un accès plus régulier à ces aliments, ce qui les aideraient en retour à préparer des repas équilibrés.

Contrairement à Anderson et al. (2000), nous n'avons pas trouvé d'association entre les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement en fonction du nombre d'enfants plus élevés dans les ménages.

6. LIMITES DE CETTE ÉTUDE

Nous devons considérer ces résultats avec précaution au regard des limites de notre étude. Premièrement, comme il s'agit d'une étude transversale, la direction causale ne peut être déterminée. Deuxièmement, la taille relativement petite de notre échantillon et le nombre d'items manquants à l'échelle PCS ont réduit les possibilités de détecter des différences avec une puissance statistique suffisante. Troisièmement, nous avons vérifié la qualité des instruments sur le même échantillon que celui sur lequel a été fait le test d'hypothèse sans vraiment tester la validité. Pour ce faire, il aurait fallu réaliser ces deux étapes sur des échantillons différents. Finalement, l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des personnes responsables des provisions dans cette communauté: les femmes de plus de 64 ans, majoritairement unilingues, n'ont pas été incluses dans les analyses, une partie de la population fut non rejointe dans le cadre de l'enquête et les ménages sous la responsabilité d'un homme pour les provisions en nourriture n'étaient pas éligibles. Les résultats de cette étude s'appliquent seulement aux femmes adultes de moins de 65

ans de Manawan, responsables des provisions alimentaires dans leur ménage, capables de communiquer en français et ne peuvent être généralisés à d'autres populations.

7. IMPLICATIONS

Nous compléterons les implications de cette étude discutées dans l'article par un exemple concret. Dans un contexte de transition nutritionnelle, une des façons de transmettre des compétences culinaires santé à une population pourrait être d'introduire des classes de cuisine dans les écoles afin de transmettre les habiletés dans l'utilisation des aliments vendus en épicerie (mais aussi traditionnels) aux générations futures. À Manawan, la popularité d'un programme professionnel en cuisine d'établissement au niveau secondaire et l'ouverture récente d'une cafétéria «santé» dans cette école témoignent de l'intérêt des gens à apprendre à cuisiner de nouveaux aliments. Cette stratégie généralisée à l'ensemble des élèves aurait l'utilité de générer une certaine culture alimentaire commune à l'ensemble de la communauté, plutôt que seulement certains groupes spécifiques. L'avantage de cette approche de la promotion de la santé est qu'elle travaille à la fois les connaissances, les attitudes et les comportements (Caraher et al., 1999).

Par contre, pour améliorer les apports nutritionnels là où c'est le plus nécessaire, il faut trouver des approches alternatives qui s'adressent aux besoins de ceux qui ont le moins de ressources. Si le changement de comportement a pour cible l'individu, les motifs invoqués par ce dernier pour adopter ou ne pas adopter un comportement sont autant d'éléments de compréhension dont on peut se servir pour développer des environnements facilitants, tel que préconisé par l'approche écologique (Contento et al., 2002; Green et al., 1996; Stokols, 1996; Wrieden et al., 2007). Bien qu'il soit établi que les principaux déterminants de la santé concernent les conditions de vie auxquelles les êtres sont exposés durant leur vie, on continue surtout d'insister sur les

comportements de santé individuels et les facteurs de risque psychosociaux pour promouvoir la santé au Canada (Raphael, 2006). Miser seulement sur l'éducation pour la santé et les changements de comportements ne profitera qu'à ceux disposant déjà de ressources économiques et sociales importantes, plus susceptibles de saisir ces messages et de les mettre en pratique, avec la conséquence d'accroître ces inégalités (Frohlich et Poland, 2006; Raphael, 2006). Il faut être conscient des limites à l'amélioration des compétences alimentaires pour compenser un revenu inadéquat lors de la planification d'interventions (MacLaughlin et al., 2003; Stead et al., 2004). Ces limites tombent en dehors du ressort des politiques alimentaires et nutritionnelles et traversent le territoire des politiques sociales et économiques (Ricciuto et al., 2006). De telles politiques auraient un meilleur impact sur la sécurité alimentaire (Tarasuk, 2001). Cette conclusion va dans le sens des recommandations de la dernière Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations au Québec (CSSSPNQL, 2006, page 203) .

Pour conclure ce chapitre, cette enquête exploratoire a révélé des résultats satisfaisants quant aux propriétés psychométriques des échelles d'AE pour s'alimenter sainement, pertinents quant à la prévalence élevée d'insécurité alimentaire dans cette communauté et de son association avec les scores d'AE. Pour la communauté et ses dirigeants, nous espérons que cette étude ajoutera à leur compréhension des déterminants d'une saine alimentation et permettra d'orienter la planification des interventions nutritionnelles à différents niveaux du modèle écologique, et allant dans le sens d'une meilleure utilisation des aliments vendus en épicerie.

CONCLUSION

C'est dans le respect rigoureux de principes de recherche participative et de collaboration réciproque que cette étude sur les perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et leur association présumée avec l'insécurité alimentaire a été entreprise auprès de femmes de la communauté atikamekw de Manawan. Malgré ses limites, l'application du concept d'auto-efficacité dans le cadre de la présente étude a contribué à une meilleure compréhension des variables qui influencent les compétences de saine alimentation chez les femmes atikamekw. Dans le contexte des communautés autochtones au Canada, qui sont passées en quelques générations d'un mode de vie traditionnel autosuffisant à un mode de vie moderne reposant en grande partie sur la consommation d'aliments manufacturés, cette notion de compétence pour s'alimenter sainement revêt une grande importance parce que liée à l'acculturation.

La question des déterminants de l'alimentation des Autochtones est importante aujourd'hui pour comprendre comment se vit la transition nutritionnelle et pour mieux affronter les défis en santé publique qui touchent ces populations. La rareté des travaux publiés à ce sujet ne nous permettent qu'un portrait très partiel de la situation. Celui-ci va dans le sens d'une idée déjà soulevée à l'effet que l'insécurité alimentaire rend plus difficile la période de transition nutritionnelle par son influence négative sur les compétences de saine alimentation (Chan et al, 2006). Les résultats descriptifs rapportés dans cette recherche nous ramènent, une fois de plus, aux inégalités sociales et de santé vécues par les Autochtones et dont l'insécurité alimentaire n'est qu'une des composantes. Comme le souligne Raphael (2004), le statut d'Autochtone au Canada représente l'interaction entre la culture, les politiques publiques et les mécanismes par lesquels l'exclusion

systematique d'un groupe de la population de la participation à la vie canadienne (à ses ressources et à ses opportunités) affecte la santé. Il devient clair que les efforts pour rétablir l'équilibre entre l'accès aux ressources et aux opportunités pour cette population passe par les politiques publiques et par l'autodétermination (Frohlich et al, 2006).

Une suggestion pour la recherche future serait d'utiliser la théorie des modes de vie collectifs comme cadre de référence pour l'étude des déterminants de la saine alimentation chez les Autochtones. Cette approche de la promotion de la santé a l'avantage de prendre en compte les comportements et les contextes sociaux à travers les pratiques sociales (comportements devenus routiniers et socialisés, communs aux membres de groupes), celles-ci inscrites dans la structure sociale dans une relation bidirectionnelle, capable de transformations (Frohlich & Poland, 2006). Une telle approche serait certainement utile à une compréhension plus globale des déterminants et à une action plus efficace de la promotion de la santé dans ce contexte culturel particulier.

BIBLIOGRAPHIE

- AbuSabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition- and health-related behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 97, 1122-1132.
- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity : health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96, S45-S61.
- Anderson, E.S., Winett, R.A., Wojcik, J.R. (2000). Social-cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket food shoppers : A structural equation analysis. *Health Psychology*, 19, 479-486.
- Archer, S.L., Greenlund, K.J., Valdez, R., Casper, M.L., Rith-Najarian, S., Croft, J.B. (2004). Differences in food habits and cardiovascular disease risk factors among Native Americans with and without diabetes : The Inter-Tribal Heart Project. *Public Health Nutrition*, 7, 1025-1032.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory . *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (2003). Nature et structure de l'efficacité personnelle. In : Bandura, A. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, trad) (pp. 61-97). Paris : DeBoeck.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31, 143-164.
- Baranowski, T., Cullen, K.W., Baranowski, J. (1999). Psychosocial correlates of dietary intakes : Advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*, 19, 17-40.
- Baranowski, T., Perry, C.L., Parcel, G.S. (2002). How individuals, environments, and health behavior interact : Social cognitive theory. In : K. Glanz, B.K. Rimmer & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education : Theory, research, and practice* (3rd ed.) (pp. 165-184). San Francisco : Jossey-Bass.
- Bickel, G., Nord, M., Price, C., Hamilton, W., Cook, J. (2000). *Guide to measuring household food security, revised 2000*. Alexandria, VA : Food and Nutrition service, United States Department of Agriculture, disponible à l'adresse : www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf.
- Boston, P., Jordan, S., MacNamara, E., Kozolanka, K., Bobbish-Rondeau, E., Iserhoff, H. et al. (1997). La recherche active participative comme moyen de comprendre la façon dont les autochtones du Canada perçoivent la hausse de l'incidence du diabète. *Maladies chroniques au Canada*, 18, 6-14.

- Brug, J., Oenema, A., Ferreira, I. (2005). Theory, evidence and intervention mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2 :2.
- Campbell, M.L., Diamant, R.M., Macpherson, B.D., Halladay, J.L. (1997). The contemporary food supply of three Northern Manitoba Cree communities. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 105-108.
- Caraher, M., Dixon, P., Lang, T., Carr-Hill, R. (1999). The state of cooking in England : The relationship of cooking skills to food choice. *British Food Journal*, 101, 590-609.
- Castellano, M.B. (2004). L'éthique de la recherche sur les autochtones. *Journal de la santé autochtone*, 1, 98-114.
- Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone (2004). *Résultats préliminaires de l'enquête régionale longitudinale 2002-03 sur la santé des Premières nations. Enquête sur les adultes*. Ottawa : Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Chan, H.M., Fediuk, K., Hamilton, S., Rostas, L., Caughey, A., Kuhnlein, H., et al. (2006). Food security in Nunavut, Canada : Barriers and recommandations. *International Journal of Circumpolar Health*, 65, 416-431.
- Chang, M.W, Nitzke, S., Brown, R.L., Baumann, L.C., Oakley, L. (2003). Development and validation of a self-efficacy measure for fat intake behaviors of low-income women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35, 302-307.
- Che, J., & Chen, J. (2003). Food insecurity in Canadian households. *Health Report*, 12, 11-22.
- Coates, J., Frongillo, E.A., Rogers, B.L., Webb, P., Wilde, P.E., Houser, R. (2006). Commonalities in the experience of household food insecurity across cultures : What are measures missing ? *Journal of Nutrition*, 136, S1438-S1448.
- Cohen, D.A., Scribner, R.A., Farley, T.A. (2000). A structural model of health behavior : A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medecine*, 30, 146-154.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hilldale : LEA Publishers.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de la région du Québec 2002. Rapport des Premières nations vivant dans les communautés*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
- Conner, M., & Armitage, C.J. (2002). *The social psychology of food*. Buckingham, UK : Open University Press.
- Conseil des Atikamekw de Manawan (2006). *Nation atikamekw de Manawan. Sédentarisation*. Consulté le 10 juillet 2007 de http://www.manawan.org/sedentarisation/raisons_de_la_demande/.

- Contento, I.R., Randell, J.S., Basch, C.E. (2002). Review and analysis of evaluation measures used in nutrition education intervention research. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 2-25.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Belmont, CA : Wadsworth.
- DeGonzague, B., Receveur, O., Wedll, D., Kuhnlein, H.V. (1999). Dietary intake and body mass index of adults in two Ojibwe communities. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 710-716.
- Dietitians of Canada. (2005). Individual and household food insecurity in Canada : Position of Dietitians of Canada. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 66, 43-46.
- Dowler, E., Turner, S., Dobson, B. (2001). *Poverty bites : Food, health and poor families*. London : CPAG.
- Drewnowski, A., & Specter, S.E. (2004). Poverty and obesity : The role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 6-16.
- Duquette, M.P., Ith, T., Marquis, M. (décembre 2003). *Prévention du diabète chez des mères économiquement défavorisées*. Poster présenté aux 7èmes journées annuelles de santé publique, Montréal, Québec.
- Dutton, G.R., Martin, P.D., Rhode, P.C., Brantley, P.J. (2004). Use of the Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire with African American women : Validation and extension of previous findings. *Health Behaviors*, 5, 375-384.
- French, S.A., Story, M., Jeffery, R.W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*, 22, 309-335.
- Frohlich, K.L., & Poland, B. (2006). Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé : l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de « modes de vie collectifs ». In : M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson, I. Rootman. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 62-80). Lévis, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Frohlich, K.L., Ross, N., Richmond, C. (2006). Health disparities in Canada today : Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*, 79, 132-143.
- Gaudot, K. (2003). *Évaluation formative d'un projet Chef santé dans deux communautés crie de la Baie James : Eastmain et Mistissini*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
- Gittelsohn, J., Harris, S.B., Burris, K.L., Kakegamic, L., Landman, L.T., Sharma, A., et al. (1996). Use of ethnographic methods for applied research on diabetes among the Ojibway-Cree in Northern Ontario. *Health Education Quarterly*, 23, 365-382.
- Gittelsohn, J., Wolever, T.M.S., Harris, S.B., Harris-Giraldo, R., Hanley, A.J.G., Zinman, B. (1998). Specific patterns of food consumption and preparation are associated with diabetes and obesity in a Native Canadian community. *Journal of Nutrition*, 128, 541-547

- Gittelsohn, J., Anliker, J.A., Sharma, S., Vastine, A.E., Caballero, B., Ethelbah, B. (2006). Psychosocial determinants of food purchasing and preparation in American Indian households. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38, 163-168.
- Green, L.W., Richard, L., Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270-281.
- Hamelin, A-M., Habicht, J-P., Beaudry, M. (1999). Food insecurity : Consequences for the household and broader social implications. *Journal of Nutrition*, 129, S525-S528.
- Hamelin, A-M., Beaudry, M., Habicht, J-P. (2002). Characterization of household food security in Québec : Food and feelings. *Social Science and Medecine*, 54, 119-132.
- Hamelin, A-M. (décembre 2004). *Sécurité alimentaire*. Conférence présentée aux 8èmes Journées annuelles de santé publique, Montréal, Québec.
- Hooper, M., Kirkpatrick, S., Ellis, A., McIntyre, B. (2005). Préface. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 96, S6-S7.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé.
- Jeffery, R.W. (2004). How can health behavior theory be made more useful for intervention research ? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1 :10.
- Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. (1997). *Code of reasearch ethics*. Kahnawake Territory, Québec : Kateri Memorial Hospital Center.
- Kirkpatrick, S., & Tarasuk, V. (2003). The relationship between low income and household food expenditure patterns in Canada. *Public Health Nutrition*, 6, 589-597.
- Kristal, A.R., Patterson, R.E., Glanz, K., Heimendinger, J., Hebert, J.R., Feng Z., et al. (1995). Psychosocial correlates of healthful diets : Baseline results from the Working Well Study. *Preventive Medecine*, 24, 221-228.
- Kuhnlein, H.V., & Receveur, O. (1996). Dietary change and traditional food systems of indigenous peoples. *Annual Review on Nutrition*, 16, 417-442.
- Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Soueida, R., Egeland, G.M. (2004). Arctic indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *Journal of Nutrition*, 134, 1747-1753.
- Ladouceur, L.L., & Hill, F. (2002). *Results of the survey of food quality in six isolated communities in Labrador*. Ottawa, Canada: Indian and Northern Affairs Canada. Consulté le 20 juin 2007, de http://www.ainc-inac.gc.ca/ps/nap/air/survfoo2001_e.html .
- Lambden, J., Receveur, O., Marshall, J., Kuhnlein, H.V. (2006). Traditional and market food access in Artic Canada is affected by economic factors. *International Journal of Circumpolar Health*, 65, 331-340.

- Lamothe, B. (1997). *Fragments de la vie quotidienne des Atikamekw de Manawan. Problèmes sociaux, solidarité et entraide*. Québec, Québec :Bibliothèque nationale du Québec.
- Lang, T., Caraher, M., Dixon, P., Carr-Hill, R. (1999). *Cooking skills and health*. London, England : Health Education Authority.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (2^e ed.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Lawn, J., Harvey, D., Hill, F., Brulé, D. (2002). *Le point sur les enquêtes nutritionnelles menées auprès des collectivités isolées du Nord canadien*. Ottawa, Ontario : Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Lawn, J., & Harvey, D. (2003). La nutrition et la sécurité alimentaire à Kugaaruk, au Nunavut : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ottawa, Ontario : Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Lawn, J., & Harvey, D. (2004a). La nutrition et la sécurité alimentaire à Fort Severn, en Ontario : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ottawa, Ontario : Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Lawn, J., & Harvey, D. (2004b). La nutrition et la sécurité alimentaire à Kangiqsujuaq, au Nunavik : enquête de référence pour le projet pilote lié au programme Aliments-poste. Ottawa, Ontario: Affaires indiennes et du Nord Canada.
- le-dictionnaire.com (n.d.) Dictionnaire/définition : compétence. Consulté le 11 juillet 2007, de <http://www.le-dictionnaire.com/>.
- Ledrou, I., & Gervais, J. (2005). Food insecurity. *Health Report*, 16, 47-51.
- Lee A., Bonson, A.P., Powers, J.R. (1996). The effect of retail store managers on aboriginal diet in remote communities. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20, 212-214.
- Ling, A.M.C., & Horwath, C. (1999). Self-efficacy and consumption of fruit and vegetables : validation of a summated scale. *American Journal of Health Promotion*, 13, 290-298.
- Liou, D., & Contento, I.R. (2001). Usefulness of psychosocial theory variables in explaining fat-related behavior in Chinese Americans : Associations with degree of acculturation. *Journal of Nutrition Education*, 33, 322-331.
- Macaulay, A.C., Delormier, T., McComber, A., Cross, E.J., Potvin, L., Paradis, G., et al. (1998). Participatory research with Native community of Kahnawake creates innovative code of research ethics. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 105-108.
- Maibach, E., & Murphy, D.A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice : Conceptualization and measurement. *Health Education Research*, 10, 37-50.
- McIntyre, L., Connor, S.K., Warren, J. (2000). Child hunger in Canada : results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 961-965.

- McIntyre, L. (2004). Food security. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health :Canadian perspectives* (pp173-185). Toronto : Canadian Scholars Press.
- McIntyre, L., Tarasuk, V., Li, T.J. (2007). Improving the nutritional status of food-insecure women : First, let them eat what they like. *Public Health Nutrition*.
- McLaughlin, C., Tarasuk, V., Kreiger, N. (2003). An examination of at-home food preparation activity among low-income, food-insecure women. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 1506-1512.
- Mercille, G. (1999). *Résumé de la collecte d'informations effectuée dans les trois communautés par la nutritionniste et les RSC lors des rencontres de groupes au printemps 1998*. La Tuque, Québec : Conseil de la nation atikamekw. Manuscrit non publié.
- Mercille, G. (2003). *Miro matisiwin, mitcimik itekera : promotion de la saine alimentation selon une perspective écologique*. Manuscrit non publié.
- Ministère des affaires indiennes et du Nord canadien (2007). Profil de Première nation. Atikamekw sipi Conseil nation Atikamekw. Détails du conseil tribal. [fichier de données]. Disponible à http://sdiproduct2.inac.gc.ca/fnprofiles/FNProfiles_DetailsTC_f.asp?Tribal_Council_Number=1064. Consulté le 10 juillet 2007.
- Montano, D.E., & Kasprzyk, D. (2002). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In : K. Glanz, B.K. Rimmer & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (3rd ed.) (pp. 67-98). San Francisco : Jossey-Bass.
- Moseley, M.J. (1999). Reliability and validity of the Food Pyramid Self Efficacy Scale: Use in coronary artery bypass patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 14, 130-135, 142.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (1996). *Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale et Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation*. Rome, Italie : FAO, disponible à l'adresse : www.fao.org/docrep/003/WV3613F/WV3613F00.htm, consulté le 16 juillet 2007.
- Ounpuu, S., Woolcott, D.M., Rossi, S.R. (1999). Self-efficacy as an intermediate outcome variable in the transtheoretical model : Validation of a measurement model for applications to dietary fat reduction. *Journal of Nutrition Education*, 31, 16-22.
- Power, E.M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 96, S42-S48.
- Radimer, K.L., Olson, C.M., Campbell, C.C. (1990). Development of indicators to assess hunger. *Journal of Nutrition*, 120, 1544-1548.
- Radimer, K.L., Olson, C.M., Greene, J.C., Campbell, C.C., Habicht, J-P. (1992). Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *Journal of Nutrition Education*, 24, S36-S45.
- Raine, K.D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation au Canada. Aperçu et synthèse. *Revue canadienne de santé publique*, 96, S8-S15.

- Raphael, D. (2004). Introduction to the social determinants of health. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health :Canadian perspectives* (pp1-18). Toronto : Canadian Scholars Press.
- Raphael, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. In : M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson, I. Rootman. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 138-159). Lévis, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Receveur, O., Boulay, M., Kuhnlein, H.V. (1997). Decreasing traditional food use affects diet quality for adult Dene/Métis in 16 communities of the Canadian Northwest Territories. *Journal of Nutrition*, 127, 2179-2186.
- Ricciuto, L., Tarasuk, V., Yatchew, A. (2006). Socio-demographic influences on food purchasing among canadian households. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60, 778-790.
- Roy, B. (1999). Le diabète chez les autochtones. Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et La Romaine . *Recherches amérindiennes au Québec*, 29, 3-18
- Sallis, J.F., Pinski, R.B., Grossman, R.M., Patterson, T.L., Nader, P.R. (1988). The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors. *Health Education research*, 3, 283-292.
- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Guide de référence rapide à l'intention des professionnels*. Ottawa, Ontario. disponible à l'adresse : www.santecanada/nutrition.
- Santé Canada (2007a). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Premières nations, Inuit et Métis*. Ottawa, Ontario : Publications.
- Santé Canada (2007b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) – Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*. Ottawa, Ontario : Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior : Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health psychology*, 19, 487-495.
- Shannon, B., Bagby, R., Wang, M.Q., Trenkner, L. (1990). Self-efficacy : A contributor to the explanation of eating behavior. *Health Education Research*, 5, 395-407.
- Shannon, J., Kirkley, B., Ammerman, A., Keyserling, T., Kelsey, T., DeVellis, R., et al. (1997). Self-efficacy as a predictor of dietary change in a low socio-economic-status southern adult population. *Health Education and Behavior*, 24, 357-368.
- Sheeshka, J.D., Woolcott, D.M., MacKinnon, N.J. (1993). Social cognitive theory as a framework to explain intentions to practice healthy eating behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1547-1573.
- Sims, J., & Kuhnlein, H.V. (2003). *Indigenous peoples participatory health research. Planning and management, preparing research agreements*. Geneva: World Health Organization.

- Skinner, K., Hanning, R.M., Tsuji, L.J.S. (2006). Barriers and supports for healthy eating and physical activity for First Nation youth in Northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 65, 148-161.
- Stead, M., Caraher, M., Wrieden, W.L., Longbottom, P.J., Valentine, K., Anderson, A.S., (2004). Confident, fearful and hopeless cooks : Findings from a development of a food-skills initiative. *British Food Journal*, 106, 274-287.
- Stevens, J., Cornell, C.E., Story, M., French, S.A., Levin, S., Becenti, A., et al. (1999). Development of a questionnaire to assess knowledge, attitudes and behaviors in American Indian children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, S773-S781.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102, S40-S51.
- Tarasuk, V. (2001). *Document de travail sur l'insécurité alimentaire individuelle et des ménages*. Ottawa, Ontario : Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada.
- Tarasuk, V. (2004). Health implications of food security. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health :Canadian perspectives* (pp. 187-200). Toronto : Canadian Scholars Press.
- Tarasuk, V. (2005). Household food insecurity in Canada. *Topics in Clinical Nutrition*, 20, 299-312.
- Tassell, N., & Flett, R. (2005). Stages of change for fruit and vegetable intake and dietary fat modification in Maori women : Some relationships with body attitudes and eating behaviours. *New Zealand Journal of Psychology*, 34, 28-34.
- Townsend, M.S., & Kaiser, L. (2005). Development of a tool to assess psychosocial indicators of fruit and vegetable intake for two federal programs. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37, 170-184.
- Waldram, J.B., Herring, D.A., Young, T.K. (2006). Aboriginal peoples and the health transition. In : J.B. Waldram, D.A. Herring, T.K. Young. *Aboriginal health in Canada. Historical, cultural, and epidemiological perspectives* (2nd ed.) (pp. 73-125). Toronto : University of Toronto Press.
- Wehler, C.A., Scott, R.I., Anderson, J.J. (1992). The Community Childhood Hunger Identification Project : A model of domestic hunger – demonstration project in Seattle, Washington. *Journal of Nutrition Education*, 24, S29-S35.
- Willows, N.D. (2004). *Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada : The current state of knowledge and research gaps*. Ottawa, Ontario : Health Canada.
- Willows, N.D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada. État actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Revue canadienne de santé publique*, 96, S36-S41

- Wolever, T.M.S., Hamad, S., Gittelsohn, J., Hanley, A.J.G., Harris, S.B., Zinman, B. (1997). Nutrient intake and food use in an OjibwaY-Cree community in Northern Ontario assessed by 24h dietary recall. *Nutrition Research*, 17, 603-618.
- Wrieden, W.L., Anderson, A.S., Longbottom, P.J., Valentine, K., Stead, M., Caraher, M., et al. (2007). The impact of a community-based food skills intervention on cooking confidence, food preparation methods and dietary choices – an exploratory trial. *Public Health Nutrition*, 10, 203-211.
- Young, T.K., Reading, J., Elias, B., O'Neil, J.D. (2000). Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations : Status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 561-566.

ANNEXE I

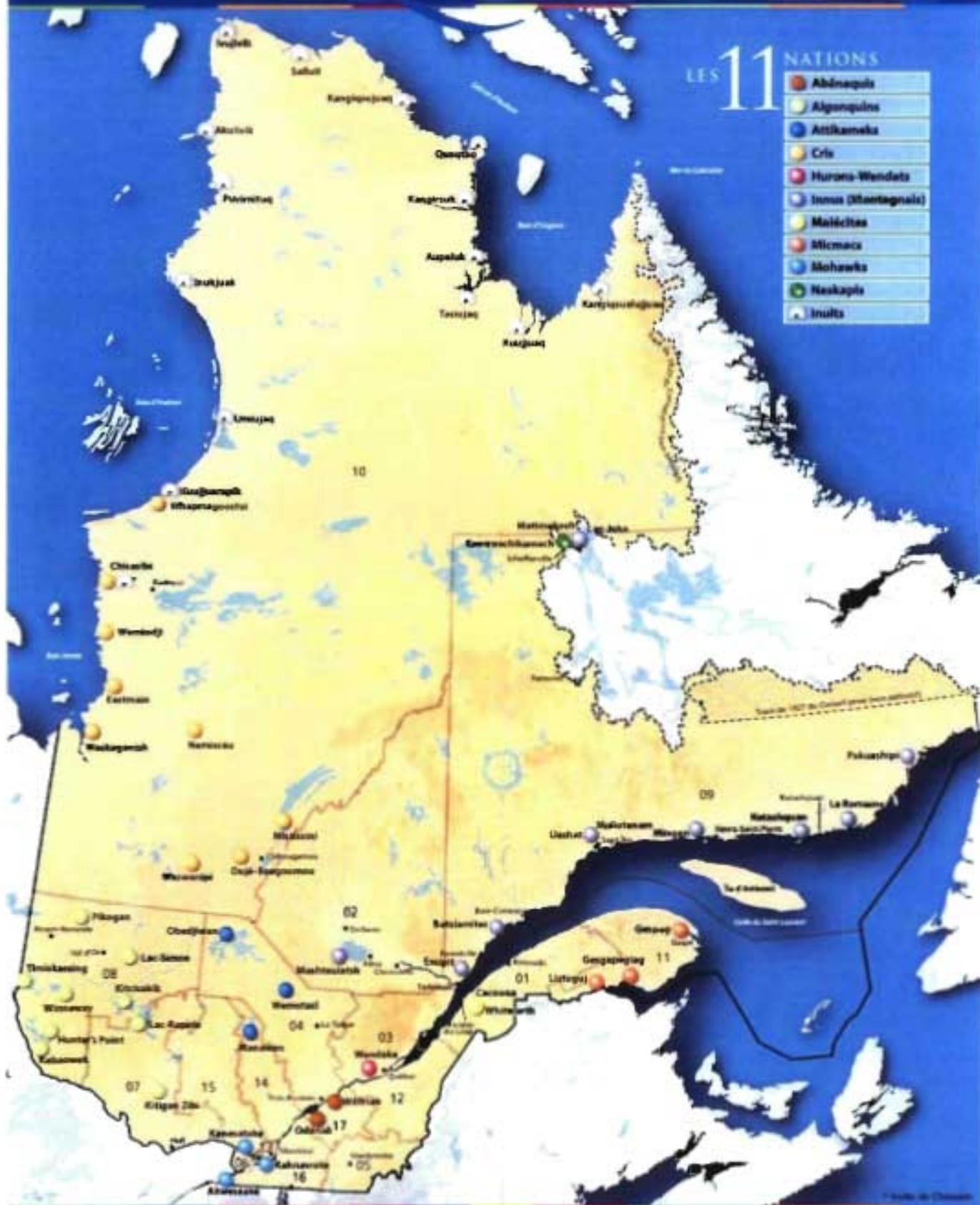
CARTE GÉOGRAPHIQUE

Les autochtones du Québec.....b2

LES AUTOCHTONES DU QUÉBEC

LES 11 NATIONS

	Abénaquis
	Algonquins
	Attikameks
	Cris
	Hurons-Wendats
	Innus (Montagnais)
	Malécites
	Micmacs
	Mohawks
	Naskapis
	Inuits



LES 17 RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| 01 Bas-Saint-Laurent | 07 Outaouais | 12 Chaudière-Appalaches |
| 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean | 08 Abitibi-Témiscamingue | 13 Laval |
| 03 Capitale-Nationale | 09 Côte-Nord | 14 Lanaudière |
| 04 Mauricie | 10 Nord-du-Québec | 15 Laurentides |
| 05 Estrie | 11 Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine | 16 Montérégie |
| 06 Montérégie | | 17 Centre-du-Québec |

Octobre 2000

ANNEXE II

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Résolution adoptée par le Conseil des Atikamekw de Manawan.....	II ₂
Entente de recherche locale.....	II ₄
Approbation du protocole de recherche par le CERFM.....	II ₁₁
Formulaire de consentement pour groupes de discussion.....	II ₁₂
Formulaire de consentement (pour l'entrevue).....	II ₁₅
Serment de discrétion.....	II ₁₈



CONSEIL DES ATIKAMEKW DE MANAWAN

Manawan, le 8 novembre 2005

Madame Geneviève Mercille
Nutritionniste

[information retirée / information withdrawn]

Objet: projet de Recherche sur les déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation au sein de la population de Manawan

Madame,

Suite à votre présentation, lors de la réunion du conseil de bande le 17 octobre dernier, il me fait plaisir de vous confirmer l'appui du Conseil des Atikamekw de Manawan dans le projet cité en rubrique.

Le présent appui est endossé par une résolution du conseil portant le numéro séquentiel RCAM17102005-01 ci-jointe.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

[information retirée / information withdrawn]

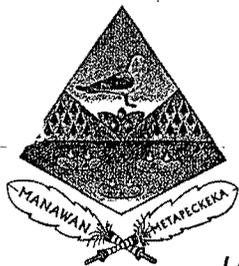
Angèle Petiquay
Directrice générale

c.c. Paul-Émile Ottawa, chef

pièce jointe.



[information retirée / information withdrawn]



CONSEIL DES ATIKAMEKW DE MANAWAN

Résolution adoptée par le Conseil des Atikamekw de Manawan

Lors de sa dernière assemblée régulière tenue le 17 octobre 2005 à la salle de conférence du centre administratif.

Les membres :

M. Paul-Émile Ottawa, M. Marc Dubé, Mme Réjeanne Flamand-Quitich, Mme Céline Quitich-Dubé, M. Gilles Ottawa et M. Mario Ottawa

No séq: RCB17102005-01

Recherche sur les déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation au sein de la population de Manawan

- ATTENDU QUE** la nécessité d'intervenir sur le plan de la nutrition auprès de notre population est une préoccupation importante dans le domaine de la santé publique étant donné l'ampleur des taux de diabète et d'obésité observés au sein de notre communauté et dans l'ensemble de la nation atikamekw;
- ATTENDU QUE** notre population connaît une période de transition nutritionnelle, caractérisée par une diminution de la consommation d'aliments traditionnels qui sont remplacés par des aliments commerciaux qui ont une valeur nutritive moindre, tout en étant plus riche en graisses, en sucres concentrés et en sodium;
- ATTENDU QUE** Les conditions économiques défavorables dans notre communauté contribuent à amoindrir la qualité de notre alimentation et de notre état de santé;
- ATTENDU QUE** cette recherche vise à mieux comprendre les influences psychosociales qui sont reliées à l'adoption de comportements de saine alimentation, en particulier, de documenter le sentiment de compétence sur la saine alimentation des femmes responsables des provisions et vérifier si le niveau de sécurité alimentaire des ménages influence ce sentiment de compétence à manger sainement;
- ATTENDU QUE** cette recherche concerne principalement les femmes adultes vivant dans la communauté;
- ATTENDU QUE** Les personnes ciblées participeront à cette recherche de façon tout à fait volontaire et sans obligation de leur part;
- ATTENDU QUE** la collecte de données réalisée dans cette enquête respectera la confidentialité des personnes participantes;
- ATTENDU QUE** la diffusion des résultats de cette recherche ne sera faite qu'à la suite de l'accord de tous les représentants et représentantes de l'Université de Montréal et de la communauté;
- QU'IL SOIT RÉSOLU** que cette recherche puisse être effectuée dans la communauté atikamekw de Manawan en partenariat avec la faculté de médecine de l'Université de Montréal, entre le 1^{er} octobre 2005 et le 31 mars 2007.

Décision proposée par Mme Céline Quitich-Dubé
Dûment secondée par M. Marc Dubé
Adopté à l'unanimité.

Pour cette bande, le quorum requis est fixé à quatre (4) membres.



Université 
de Montréal

Recherche sur les déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation
au sein de la population atikamekw de Manawan

**Entente de recherche entre l'Université de Montréal
et la communauté Atikamekw de Manawan, Québec, Canada**

Par

Geneviève Mercille

Nutritionniste

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire

[information retirée / information withdrawn]

[information retirée / information
withdrawn]

[information retirée / information withdrawn]

Direction:

Dr Louise Potvin, Ph.D.

Professeur titulaire

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de Médecine

GRIS- Université de Montréal

1420, boul. Mont-Royal, bureau 3140

Montréal (QUÉ) H2V 4P3

[information retirée / information
withdrawn]

[information retirée / information withdrawn]

Co-direction :

Dr Olivier Receveur, Ph.D.

Professeur agrégé

Département de nutrition

Faculté de médecine

Université de Montréal

C.P. 6128, succursale centre-ville

Montréal (QUÉ), H3C 3J7

[information retirée / information
withdrawn]

[information retirée / information withdrawn]

Les chercheurs et la candidate, ci-haut nommés, et la communauté de Manawan, par son représentant Monsieur Maxime Ottawa, directeur service santé, mandaté par la direction générale du Conseil des Atikamekw de Manawan, acceptent de conduire le projet mentionné selon l'entente suivante :

1. Le but de ce projet de recherche, tel que discuté et compris par les membres de la communauté est :

Mieux comprendre les influences psychosociales qui sont associées à l'adoption de comportements de saine alimentation comme suit : 1) documenter le sentiment de compétence de saine alimentation des femmes responsables des provisions alimentaires et 2) vérifier si le niveau de sécurité alimentaire des ménages de la communauté influence cette perception de la compétence à s'alimenter sainement.

2. L'étendue de ce projet de recherche [telle que, les questions soulevées, les étapes ou activités impliquées et le degré de participation des résidents], tel que discuté et compris par les membres de la communauté sont :

- 2.1 Les questions de cette recherche concernent les comportements alimentaires et les capacités financières à se nourrir et seront adressées de la manière suivante : 1) par des rencontres formelles avec certains membres de la communauté lors de l'étape préliminaire et 2) à travers des entrevues individuelles d'un échantillon de 125 femmes adultes au printemps 2006.
- 2.2 Pour participer à cette étude, la communauté doit désigner un membre qui sera libéré de ses tâches habituelles pour être employé comme assistant de recherche, notamment pour le recrutement et les communications entre l'étudiante et la communauté. Cette personne devrait être une femme, de préférence, puisque ce sont les femmes de la communauté qui seront appelées à participer à cette étude.
- 2.3 Les femmes participant volontairement à cette étude comme répondantes donneront approximativement 60 minutes de leur temps pour répondre aux questions de l'entrevue. S'il y a lieu, des indemnités et compensations à verser aux participantes sont à la discrétion de la communauté.
- 2.4 Les membres invités à participer à des rencontres de groupe pour la validation culturelle des outils de collecte de données alloueront volontairement d'une à deux heures de leur temps.

3. Les méthodes qui seront utilisées, telles qu'entendues entre les chercheurs et les membres de la communauté sont :

- 3.1 Dans un premier temps, des rencontres seront organisées avec des informateurs de la communauté afin de tester le questionnaire et les instruments de mesure pour qu'ils soient conformes à la culture atikamekw.
- 3.2 Un membre de la communauté sera employé pour assister l'étudiante à recruter les participantes et à la collecte de données. Les ménages qui participeront à l'étude seront sélectionnés au hasard. On demandera à la femme responsable des provisions alimentaires de répondre aux questions de l'entrevue.
- 3.3 L'entrevue en français durera environ 60 minutes, sera entièrement confidentielle et volontaire. Les questions posées porteront sur le sentiment de compétences personnelles en liens avec certains comportements alimentaires, les comportements de préparation et d'achats de nourriture, les capacités financières à nourrir l'ensemble de la famille et des questions sociodémographiques (comme l'âge, le niveau de scolarité, le niveau de revenu).

4. La participation de la communauté, telle qu'entendue, comprendra :

- 4.1 La personne désignée comme assistante de recherche participera à une session d'orientation sur la méthodologie de cette recherche. Cette session comprendra une initiation aux objectifs et à la méthodologie de cette étude, la procédure employée pour le recrutement, la protection de la confidentialité, l'importance de limiter le nombre de refus, et des tâches de coordination.
- 4.2 Le développement de ce projet est basé sur une communication sincère entre les chercheurs et les membres de la communauté. Il est proposé de former un comité de suivi de cette recherche, comprenant des membres de différents secteurs d'activités et des représentants de l'institution. Ceux-ci se rencontreront pour assurer la bonne marche du projet, aideront à la promotion des activités de recherche et seront bien informés des différentes questions soulevées en cours de route. Environ cinq rencontres de ce comité sont à prévoir entre septembre 2005 et décembre 2006 et les objectifs de ces rencontres sont spécifiés au point 8.
- 4.3 À la fin du projet, l'étudiante participera à des rencontres avec les membres de la communauté pour discuter des résultats issus de l'analyse.

5. Les données recueillies seront partagées, distribuées et entreposées de la manière suivante :

- 5.1 Les données recueillies sont confidentielles et il n'y aura aucun moyen de lier le nom d'une participante à un questionnaire. Les questionnaires complétés seront numérotés au fur et à mesure mais il n'y aura aucun moyen de retracer une participante avec ce numéro. Les questionnaires seront détruits à la publication du rapport.
- 5.2 Les données individuelles ne seront accessibles qu'aux chercheurs impliqués dans cette étude. Les données appartiennent conjointement à la communauté et aux chercheurs et une copie anonyme de la base de données et des tableaux de données sera retournée à la communauté. Les données anonymes pourront être réutilisées ultérieurement pour d'autres questions de recherche dans le domaine de la nutrition seulement, moyennant l'accord des participantes et de la communauté.
- 5.3 Un rapport final sera distribué après approbation des membres de la communauté.

6. Un consentement individuel éclairé des participantes sera obtenu de la manière suivante :

Le formulaire de consentement sera lu par l'étudiante ou l'assistante de recherche à la participante avec des explications verbales. Une copie du formulaire sera remise à la participante avec les coordonnées des chercheurs (dans le cas où la participante voudrait obtenir des informations additionnelles).

7. Le nom de la communauté sera protégé, tel que convenu, de la manière suivante :

- 7.1 L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre les influences psychosociales entourant la saine alimentation. Si nécessaire, le nom de la communauté peut demeurer confidentiel lors de la publication des résultats. À la rédaction du rapport

et des autres publications, la communauté sera consultée pour décider si elle désire s'identifier par son nom ou demeurer confidentielle.

- 7.2 En cas de désaccord à propos de l'interprétation des résultats, des représentants de la communauté seront invités à communiquer leur interprétation en addition à la communication principale.

8. Les progrès entourant ce projet seront communiqués à la communauté de la manière convenue suivante :

- 8.1 Entre septembre 2005 et décembre 2006, le comité de suivi désigné se rencontrera à cinq reprises. Les objectifs de ces rencontres sont prévus comme suit :
- À l'automne 2005, les deux premières rencontres ont pour objectifs d'organiser les étapes préliminaires à la collecte de données : signer la présente entente de recherche, désigner l'assistante de recherche, effectuer une première révision du questionnaire, prévoir les activités de recrutement des participantes et le calendrier de la collecte des données.
 - Au début de la collecte des données, en avril 2006, en vue d'apporter des correctifs nécessaires s'il y a lieu.
 - Vers septembre 2006, afin de présenter une première analyse des résultats, recueillir les impressions des membres et organiser une rencontre publique avec la communauté pour le partage des résultats.
 - À la fin de l'automne 2006, pour présenter le rapport et discuter des implications possibles de cette recherche.
- 8.2 Lors de ses visites dans la communauté en 2006 l'étudiante, avec la collaboration du comité de suivi, prévoira des rencontres publiques avec les membres de la communauté pour le partage des résultats.
- 8.3 Lors de la diffusion des résultats et des publications, la contribution des membres impliqués sera soulignée.

9. Financement, bénéfices et engagement convenus:

9.1 Subvention :

L'étudiante a reçu une bourse des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour supporter ce projet de maîtrise pour une durée de deux ans (octobre 2005 à septembre 2007). Les IRSC requièrent que sa contribution soit soulignée dans toutes les présentations orales et écrites, incluant les articles scientifiques, communiqués, conférences, lectures publiques et entrevues avec les médias.

9.2 Contribution financière de l'étudiante à ce projet :

9.2.1 Les déplacements vers Manawan durant ce projet sont aux frais de l'étudiante. Les services de santé s'engagent à fournir l'hébergement durant les séjours dans la communauté et un local de travail.

9.2.2 Le matériel nécessaire pour publiciser cette étude (dépliants, affiches, etc) seront produits par l'étudiante, de même que les copies des questionnaires et

autres formulaires nécessaires à la collecte des données. Il en va de même pour la production des rapports, publications à caractère scientifique et des différentes présentations.

- 9.2.3 Participer à la rémunération de l'assistante de recherche jusqu'à un maximum de \$1250,00.

9.3 Contribution financière attendue de la communauté :

- 9.3.1 Désigner une personne qui agira comme assistante de recherche pour une période de 7 à 8 semaines, répartie de manière flexible, selon les modalités entendues pour l'orientation, le recrutement et la collecte de données.
- 9.3.2 S'assurer que cette personne sera rémunérée de manière juste et équitable.
- 9.3.3 Faciliter la participation des membres désignés à faire partie du comité de suivi en les libérant de leurs tâches habituelles, pour leur permettre de participer aux rencontres et faire la promotion de cette étude.

9.4 Bénéfices pour les chercheurs :

L'étudiante se servira de ce projet de recherche dans le but d'obtenir un diplôme de maîtrise en santé communautaire. Un rapport sera remis à l'organisme subventionnaire. Des présentations à caractère scientifique aux moyens de conférences et de publications écrites seront faites. Les présentations et les articles scientifiques engagent seulement la responsabilité des chercheurs impliqués.

9.5 Bénéfices pour la communauté :

- 9.5.1 L'assistante de recherche, de même que les membres impliqués dans le suivi de ce projet seront initiés aux méthodes et au déroulement d'une recherche scientifique.
- 9.5.2 Pour la communauté dans son ensemble, celle-ci sera mieux informée sur ses comportements alimentaires et de ses influences psychosociales. L'information générée par ce projet pourra aider les individus concernés par leur alimentation à prendre des décisions plus éclairées. Pour les intervenants du domaine de la santé et des autres secteurs, cette étude ajoutera à leur compréhension au contexte de vie quotidien et les aidera à mieux cibler leurs interventions éducatives. Cette recherche peut contribuer aussi au développement d'environnements facilitant les comportements alimentaires sains (offre d'aliments localement, programmes de soutien alimentaire pour les écoles, etc) et de politiques locales dans le sens d'une meilleure santé pour l'ensemble de la population. Les résultats de cette recherche peuvent aussi aider les gestionnaires en santé dans leur recherche de financement pour les projets touchant l'alimentation.

9.6 Engagements :

- 9.6.1 L'engagement de la communauté envers les chercheurs est de :
- Recommander des membres fiables et compétents pour collaborer à ce projet et
 - Se garder informé des progrès entourant ce projet et aider à ce que cette étude conduise à des résultats significatifs.

- 9.6.2 L'engagement des chercheurs envers la communauté est :
- D'informer la communauté des progrès de cette étude de façon claire, spécifique et régulière et
 - D'agir comme ressource pour la communauté pour les questions touchant la nutrition.
- 9.6.3 Les chercheurs s'engagent à arrêter ce projet de recherche dans les conditions suivantes :
- Si les membres du CAM et son chef décidaient d'annuler leur participation ou
 - Si les chercheurs croient que le projet ne bénéficie plus à la communauté.

Le développement de cette activité de recherche sur la santé et la nutrition est fondé sur une communication sincère entre les deux parties. Des efforts seront consentis pour répondre aux préoccupations exprimées par chacune des parties, à travers les mécanismes décrits ci-haut, à chaque étape du projet. La communication entourant les aspects de ce travail, ces progrès, sera maintenue à travers les moyens décrits et convenus. À la fin de cette étude, les chercheurs participeront à des rencontres dans la communauté pour discuter des résultats et de ses implications.

«Cette entente a été conclue sur une base mutuelle et volontaire. Nous acceptons que le présent projet se déroule au sein de notre communauté selon les termes décrits dans cette entente. Les services santé du Conseil des atikamekw de Manawan acceptent d'agir à titre d'organisme superviseur.»

Signé le : 28 février 2006 à : MANAWAN

Maximé Ottawa
Directeur services santé
Conseil des Atikamekw de Manawan

Geneviève Mercille
Étudiante à la maîtrise en santé communautaire
Université de Montréal

Signé le : _____ à : Montréal

Louise Potvin, Ph.D.
Directrice
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Olivier Receveur, Ph.D.
Co-directeur
Département de nutrition
Université de Montréal

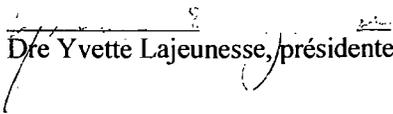
**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

**Déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation au sein d'une
population autochtone au Québec**

présenté par : Mme Geneviève Mercille et Dre Louise Potvin

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

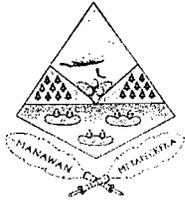

Dre Yvette Lajeunesse, présidente intérimaire

Date d'étude : 20 décembre 2005
Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 30 janvier 2006**
Numéro de référence : CERFM-71(05)4#183

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

Le Comité comprend que le chercheur se conformera à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Le chercheur doit solliciter le CERFM pour toutes modifications ultérieures au protocole ou au formulaire de consentement.



Université 
de Montréal

Formulaire de consentement pour groupes de discussions

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature

Recherche sur l'efficacité personnelle d'une saine alimentation et la sécurité alimentaire
au sein de la population atikamekw de Manawan

Madame,

Comme on le sait, avoir une alimentation équilibrée nous aide à demeurer en santé et à prévenir plusieurs maladies chroniques comme les maladies du cœur et le diabète. Par contre, la plupart des personnes trouvent difficile de changer leurs habitudes alimentaires, surtout si elles n'ont pas les moyens d'acheter tous les aliments qu'elles ont besoin ou qu'elles n'ont pas appris à préparer des repas équilibrés. Actuellement, une étude est en cours auprès des femmes de la communauté pour mieux comprendre ce qui influence l'adoption des comportements de saine alimentation. En particulier, les questions porteront sur les comportements d'achat et de préparation des aliments et vos capacités financières pour nourrir sainement les membres de votre famille. Cette recherche peut contribuer à développer des programmes pour offrir des aliments sains dans la communauté (par exemple au magasin du village, dans les écoles et à la garderie) et de politiques locales dans le sens d'une meilleure santé pour l'ensemble de la population.

Pour réaliser cette étude, nous sollicitons **votre participation à une rencontre de groupe** d'une durée d'environ 60 minutes, au cours de laquelle vous pourrez donner votre opinion sur deux brefs questionnaires. Le premier servira à mesurer le sentiment de compétences culinaires des femmes atikamekw responsables des provisions dans leur famille et le deuxième sur le sentiment de compétences des femmes à adopter une saine alimentation dans différentes situations. Votre participation permettra de construire un questionnaire final qui correspondra à la culture atikamekw, dans un langage facile à comprendre pour une majorité de participantes. Nous obtiendrons ainsi un meilleur portrait de la situation que vivent les femmes de Manawan à propos de leur alimentation. Durant cette rencontre, nous demanderons votre opinion sur les sujets suivants :

- La consigne générale pour répondre aux questions est-elle claire et facile à comprendre ?
- Selon votre opinion, quelle est la meilleure échelle de pointage parmi celles proposées pour compléter les énoncés ?
- Est-ce que les énoncés sont faciles à comprendre ? est-ce qu'ils ressemblent à votre réalité de tous les jours en matière d'alimentation ?

Cette rencontre aura lieu le _____ à _____. Un déjeuner (ou un goûter) sera servi sur place.

Cette recherche sera conduite par Geneviève Mercille, étudiante à la maîtrise en santé communautaire et qui a travaillé comme nutritionniste pour la communauté pendant 8 ans. Elle est supervisée par Madame Louise Potvin et Monsieur Olivier Receveur, professeurs de l'Université de Montréal. Cette étude est menée en collaboration avec la communauté atikamekw de Manawan et a reçu l'approbation du Conseil de bande. Le financement de cette recherche provient d'une bourse d'étude accordée à Geneviève Mercille par les Instituts de recherche en santé du Canada pour une durée maximale de deux ans. Les services de santé ont accepté de libérer une de leur employée, Madame _____.

pour assister différentes tâches reliées à ce projet. Son rôle est d'aider au recrutement des femmes qui participeront à cette étude, de faire le lien entre l'étudiante et la communauté et des tâches de communication.

Confidentialité

Pour nous permettre de bien comprendre votre opinion, cette entrevue sera enregistrée sur magnétophone. Toute l'information que vous partagerez sera confidentielle. La discussion sera animée par Geneviève Mercille. En tant que responsable de ce projet, elle retranscrira le contenu de l'enregistrement, sans que l'on puisse vous identifier d'aucune manière. Le matériel enregistré et les transcriptions seront conservés dans une filière sous clé dans son bureau personnel et détruits un an après la publication du rapport de recherche. Ces enregistrements seront accessibles seulement aux chercheurs impliqués dans cette étude.

Risques et inconvénients

Il n'y a aucun risque à participer à cette discussion de groupe. Au cours de cette discussion, vous pouvez refuser d'aborder un sujet, refuser de répondre à n'importe quelle question ou demander de quitter la salle en tout temps, sans aucune conséquence pour vous.

À la fin de cette étude, l'étudiante reviendra à Manawan pour remettre un rapport complet à la communauté et sera disponible pour discuter les résultats avec les personnes intéressées. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche une fois celle-ci terminée.

«Je soussignée, Geneviève Mercille, certifie que je suis disponible sur demande afin d'expliquer les conditions de cette étude ou de donner toute information nécessaire à une bonne compréhension de ce formulaire de consentement. Vous êtes invitée à communiquer avec moi au [information retirée / information withdrawn] par courriel à [information retirée / information withdrawn] (ou au centre de santé lors de mes visites à Manawan, au 971.8846). »

Geneviève Mercille

Nutritionniste

Signature

Date

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire.

Vous pouvez également communiquer avec mes superviseurs de recherche dont voici les coordonnées :

Dr Louise Potvin, Ph.D.

Professeur titulaire
Département de médecine sociale et
préventive
Faculté de Médecine
GRIS- Université de Montréal
1420, boul. Mont-Royal, bureau 3140
Montréal (QUÉ) H2V 4P3

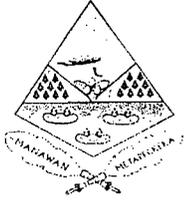
[information retirée / information
withdrawn]
[information retirée / information withdrawn]

Dr Olivier Receveur, Ph.D.

Professeur agrégé
Département de nutrition
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale centre-ville
Montréal (QUÉ), H3C 3J7

[information retirée / information
withdrawn]
[information retirée / information withdrawn]

Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques, faire part d'un incident, de commentaires ou formuler une plainte au 514.343.2100.



Université 
de Montréal

Consentement à participer aux groupes de discussions

Recherche sur l'efficacité personnelle d'une saine alimentation et la sécurité alimentaire
au sein de la population atikamekw de Manawan

«J'ai lu et compris le contenu de ce formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps sans aucune conséquence pour moi. J'autorise aussi que les données anonymes soient utilisées pour d'autres recherches futures portant sur la nutrition.

Je soussignée, accepte de participer à cette étude.»

Nom de la participante

Signature

Date

téléphone de la participante

Collaboratrice, une fois que vous aurez remis une copie signée du consentement à la participante, signez ici pour certifier que vous avez lu ce formulaire à la participante dans une langue que celle-ci aura comprise, au mieux de vos connaissances.

Nom de la collaboratrice

Signature

Date

Cocher ici si la participante a besoin d'un transport pour se présenter à l'entrevue : _____

Cocher ici si la participante a besoin des services d'une gardienne pendant l'entrevue : _____

Groupe de discussions complété avec cette participante : Oui _____ Non _____

Ce projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal le 30 janvier 2006. Numéro de référence : CERFM-71(05)4#183.



Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature

<p>Recherche sur l'efficacité personnelle d'une saine alimentation et la sécurité alimentaire au sein de la population atikamekw de Manawan</p>

Madame,

Comme on le sait, avoir une alimentation équilibrée nous aide à demeurer en santé et à prévenir plusieurs maladies chroniques comme les maladies du cœur et le diabète. Par contre, la plupart des personnes trouvent difficile de changer leurs habitudes alimentaires, surtout si elles n'ont pas les moyens d'acheter tous les aliments qu'elles ont besoin ou qu'elles n'ont pas appris à préparer des repas équilibrés. Actuellement, une étude est en cours auprès des femmes de la communauté pour mieux comprendre ce qui influence l'adoption des comportements de saine alimentation. En particulier, les questions porteront sur les comportements d'achat et de préparation des aliments et vos capacités financières pour nourrir sainement les membres de votre famille. Cette recherche peut contribuer à développer des programmes pour offrir des aliments sains dans la communauté (par exemple au magasin du village, dans les écoles et à la garderie) et de politiques locales dans le sens d'une meilleure santé pour l'ensemble de la population.

Si vous acceptez de participer à cette étude, cela prendra environ 45 à 60 minutes de votre temps pour répondre à des questions qui porteront sur certains comportements alimentaires, de préparation et d'achats de nourriture, les capacités financières à nourrir l'ensemble de la famille et des questions sociodémographiques (comme l'âge, le niveau de scolarité, le niveau de revenu). Les entrevues se dérouleront en français, entre la fin avril et la mi-juin 2006. Évidemment, vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer, ce qui n'aura aucune conséquence pour vous. Si vous acceptez, un service de transport et de gardiennage est disponible au besoin.

Cette recherche sera conduite par Geneviève Mercille, étudiante à la maîtrise en santé communautaire et qui a travaillé comme nutritionniste pour la communauté pendant 8 ans. Elle est supervisée par Madame Louise Potvin et Monsieur Olivier Receveur, professeurs de l'Université de Montréal. Cette étude est menée en collaboration avec la communauté atikamekw de Manawan et a reçu l'approbation du Conseil de bande. Le financement de cette recherche provient d'une bourse d'étude accordée à Geneviève Mercille par les Instituts de recherche en santé du Canada pour une durée maximale de deux ans. Les services de santé ont accepté de libérer une de leur employée, Madame Caroline Quitich, pour assister différentes tâches reliées à ce projet. Son rôle est d'aider au recrutement des femmes qui participeront à cette étude, de faire le lien entre l'étudiante et la communauté et des tâches de communication.

Confidentialité

Toute l'information que vous partagerez sera confidentielle. Votre nom ou un code pouvant vous identifier ne sera pas inscrit sur le questionnaire complété et seulement les chercheurs de ce projet auront accès aux questionnaires. Les entrevues auront lieu au Centre de santé dans un bureau fermé et seront conduites par Geneviève Mercille seulement. Si vous le désirez, vous pouvez demander la traduction de certaines questions à la collaboratrice atikamekw mais celle-ci ne sera pas présente pour toute la durée de l'entrevue. Les questionnaires complétés à Manawan seront conservés sous clés et seront accessibles seulement par l'étudiante.

Risques et inconvénients

Certaines questions pourraient vous sembler gênantes à répondre. Sachez qu'à tout moment, vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question ou demander de quitter cette étude, sans aucune conséquence pour vous.

À la fin de cette étude, l'étudiante reviendra à Manawan pour remettre un rapport complet à la communauté et sera disponible pour discuter les résultats avec les personnes intéressées. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche une fois celle-ci terminée.

«Je soussignée, Geneviève Mercille, certifie que je suis disponible sur demande afin d'expliquer les conditions de cette étude ou de donner toute information nécessaire à une bonne compréhension de ce formulaire de consentement. Vous êtes invitée à communiquer avec moi au [information retirée / information withdrawn] par courriel à [information retirée / information withdrawn] (ou au centre de santé lors de mes visites à Manawan, au 971.8846). »

Geneviève Mercille

Nutritionniste

Signature

Date

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire.

Vous pouvez également communiquer avec mes superviseurs de recherche dont voici les coordonnées :

Dr Louise Potvin, Ph.D.

Professeur titulaire
Département de médecine sociale et
préventive
Faculté de Médecine
GRIS- Université de Montréal
1420, boul. Mont-Royal, bureau 3140
Montréal (QUÉ) H2V 4P3

[information retirée /
information withdrawn]
[information retirée / information withdrawn]

Dr Olivier Receveur, Ph.D.

Professeur agrégé
Département de nutrition
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale centre-ville
Montréal (QUÉ), H3C 3J7

[information retirée / information
withdrawn]
[information retirée / information withdrawn]

Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques, faire part d'un incident, de commentaires ou formuler une plainte au 514.343.2100.



Université 
de Montréal

Consentement de la participante pour l'entrevue

Recherche sur l'efficacité personnelle d'une saine alimentation et la sécurité alimentaire
au sein de la population atikamekw de Manawan

«J'ai lu et compris le contenu de ce formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps sans aucune conséquence pour moi. J'autorise aussi que les données anonymes soient utilisées pour d'autres recherches futures portant sur la nutrition.

Je soussignée, accepte de participer à cette étude.»

Nom de la participante

Signature

Date

téléphone de la participante

Collaboratrice, une fois que vous aurez remis une copie signée du consentement à la participante, signez ici pour certifier que vous avez lu ce formulaire à la participante dans une langue que celle-ci aura comprise, au mieux de vos connaissances.

Nom de la collaboratrice

Signature

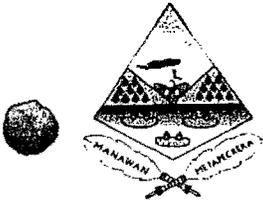
Date

Cocher ici si la participante a besoin d'un transport pour se présenter à l'entrevue : _____

Cocher ici si la participante a besoin des services d'une gardienne pendant l'entrevue : _____

Questionnaire complété avec cette participante : Oui _____ Non _____

Ce projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal le 30 janvier 2006 . Numéro de référence : CERFM-71(05)4#183.



Université 
de Montréal

Serment de discrétion

Recherche sur l'efficacité personnelle d'une saine alimentation et la sécurité alimentaire
au sein de la population atikamekw de Manawan

Serment de discrétion destiné aux employées travaillant à la réalisation de cette enquête

[information retirée / information withdrawn]

«Je, _____ jure solennellement que je remplirai fidèlement et honnêtement mes fonctions à titre d'employée ayant trait à ma participation à cette recherche sur l'efficacité personnelle d'une saine alimentation et la sécurité alimentaire au sein de la population de Manawan. Je jure que j'assurerai la protection des renseignements personnels fournis par les répondantes ainsi que le respect du caractère confidentiel de toutes les données de l'enquête et des informations connexes en vertu des directives qui m'ont été transmises par les chercheurs impliqués dans cette étude. De plus, je ne divulguerai pas sans l'autorisation dûment accordée, ni ne révélerai aucune question ou renseignement porté à ma connaissance dans le cadre de mes fonctions.

Je comprends que la protection des renseignements personnels et de la confidentialité est essentielle pour la crédibilité de l'enquête et des organisations y prenant part activement; je comprends que la divulgation des renseignements pourrait entraîner, entre autres conséquences, la résiliation immédiate de mon contrat.»

Signature de l'employée

18-05-06

Date

Nom du témoin

Signature du témoin

18/05/2006

Date

Ce projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal le 30 janvier 2006. Numéro de référence : CERFM-71(05)4#183.

ANNEXE III

OUTILS DE RECRUTEMENT ET DE COLLECTE DES DONNÉES

Plan d'animation des groupes de discussions pour tester les échelles d'auto-efficacité.....	III ₂
Exemple d'échelles d'auto-efficacité testées.....	III ₄
Dépliant promotionnel.....	III ₁₀
Lettre d'invitation aux habitations sélectionnées.....	III ₁₁
Recrutement : fiche de la participante.....	III ₁₂
Questions fréquentes au sujet de l'enquête et réponses suggérées.....	III ₁₃
Questionnaire.....	III ₁₇
Exemples d'outils d'entrevue traduits en atikamekw.....	III ₃₆

ANIMATION DES GROUPES DE DISCUSSIONS TEST DES ÉCHELLES D'AUTO-EFFICACITÉ

Déroulement de la rencontre

Avant de commencer :

Liste des présences

Demander si elles ont signé le consentement

Les inviter à commencer à déjeuner

Animation

1. Tout d'abord, remercier de leur présence à cette rencontre. Me présenter s'il y a lieu.

2. Demander si les informations données à propos de la recherche dans son ensemble + rencontre de ce matin sont complètes à leurs yeux. Remettre une copie de la feuille d'explications. Y a-t-il des personnes qui voudraient plus d'informations avant que nous commencions ? si oui, présenter le ppt.

3. Expliquer le déroulement de la rencontre.

Vous avez été invitées ce matin en tant qu'expertes de l'alimentation de votre famille, de votre culture, la langue et de la meilleure manière possible de poser des questions aux autres femmes de la communauté qui seront sélectionnées pour cette enquête.

Ce que nous allons regarder ensemble ce matin, c'est la partie la plus importante du questionnaire car elle est au cœur même de cette recherche, de ce qu'on cherche à mesurer. Il s'agit de deux brefs questionnaires qui serviront à mesurer le sentiment de compétences des femmes atikamekw à avoir une alimentation saine.

Ce que nous allons faire :

Premièrement, je vais vous distribuer le questionnaire à tester pour que vous le complétiez vous-même au meilleur de votre connaissance, en silence.

Ensuite, nous allons le décortiquer ensemble afin de l'améliorer :

1. la consigne de départ est-elle claire ?
2. chacun des énoncés est-il facile à comprendre ? est-ce que cela ressemble à vos comportements de tous les jours ?
3. vous allez remarquer qu'il y a 3 formats d'échelles (les montrer). Nous devons en garder une seule pour l'enquête finale. Est-ce qu'il y en a un que vous préférez ? (Porter une attention sur les catégories qui sont différentes pour le format en 5 points).
4. Avez-vous autre chose à ajouter ?

4. Enregistrement et confidentialité

Il est important pour moi d'enregistrer vos propos afin d'avoir le maximum d'informations et ne rien oublier de ce qui aura été dit aujourd'hui. Ce que je vais faire avec les enregistrements est bien simple : je vais les retranscrire sur papier et ensuite, je vais les effacer. Sur papier, il n'y aura pas de trace de vos noms et il ne sera pas possible de vous identifier. La liste des présences de ce matin est simplement pour des fins stats (# invitations, # refus, # présences) et elle sera détruite aussi à la fin du projet. En attendant, elle sera gardée en lieu sûr et je serai la seule à avoir accès à cette liste. Pour ce qui est des transcriptions, les seules personnes qui auront accès seront moi et mes directeurs de recherche, s'il y a lieu.

Les personnes qui collaborent avec moi cette semaine (les nommer) ont signé un serment de discrétion et sont tenues de ne pas répéter ce qui aura été dit entre nous ici. De par votre participation, vous êtes liées aussi au respect de la confidentialité des propos, tout comme moi et les intervenantes.

Si, il y a quelque chose dans cette rencontre qui vous rend mal à l'aise, soit à cause du fait d'enregistrer ou peu importe la raison, vous pouvez vous retirer maintenant ou à tout autre moment sans aucune conséquence. Vous pouvez aussi refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains sujets.

Quand je reviendrai pour l'enquête finale qui devrait avoir lieu en mai et juin, il se peut que vous soyez sélectionnée pour participer à l'entrevue finale avec tout le questionnaire. À ce moment-là, on vous demandera un 2^e consentement et vous serez entièrement libre de participer ou de refuser.

5. Avez-vous des questions, commentaires ? pouvons-nous commencer à enregistrer ?

6. Conclusion

Remercier les participantes pour le temps accordé.

Demander si besoins de transport, ou attestation de présence.

Pour chacun des énoncés suivants, encerchez le chiffre qui correspond le mieux à votre capacité de cuisiner. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité.

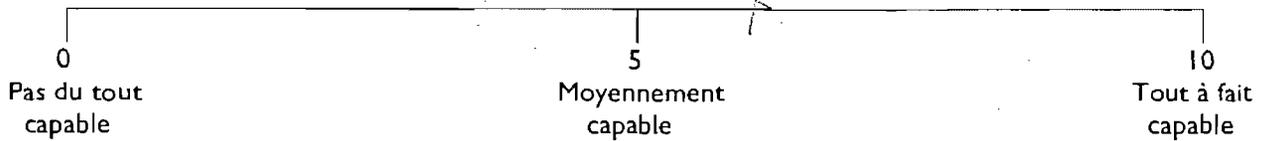
Quand je cuisine à la maison, je suis capable:

	Très peu capable	Peu capable	Moyennement capable	Capable	Très capable
A. de cuisiner sans utiliser de recettes		2	3	4	5
B. d'apprendre à quelqu'un à se débrouiller pour cuisiner		2	3	4	5
C. de faire des changements sur une recette pour qu'elle soit moins grasse		2	3	4	5
D. de faire des changements sur une recette pour qu'elle soit moins sucrée		2	3	4	5
E. de changer les ingrédients d'une recette		2	3	4	5
F. d'inventer un mets avec ce que j'ai sous la main		2	3	4	5

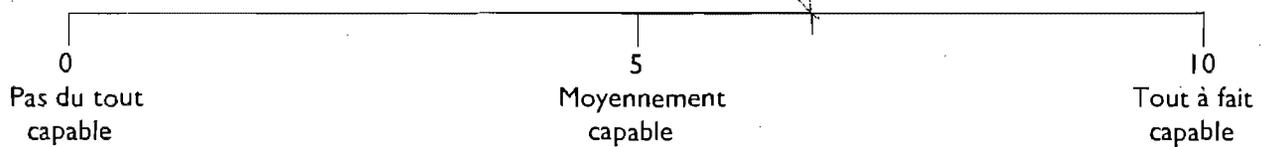
Pour chacun des énoncés suivants, indiquez à l'aide d'un (X) l'endroit qui représente le mieux votre capacité à cuisiner. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité.

Quand je cuisine à la maison, je suis capable:

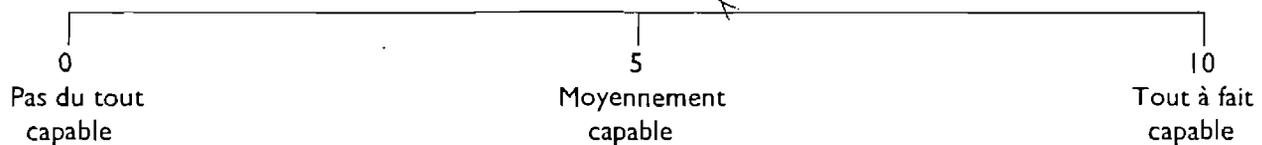
G. de nourrir ma famille avec moins de produits prêts-à-servir (ex : pizza congelée, croquettes...)



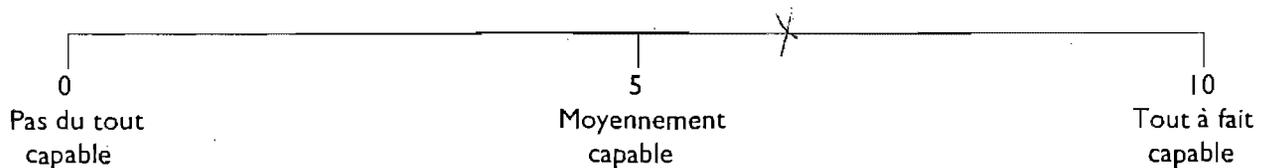
H. de faire des soupes maison avec des légumes



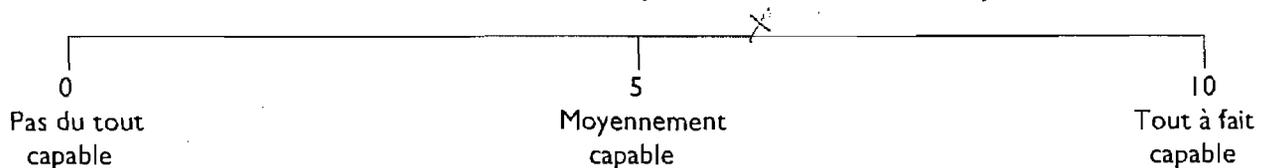
I. de faire des mets à base de légumineuses (ex : pois chiches, lentilles, haricots rouges, haricots blancs, etc.)



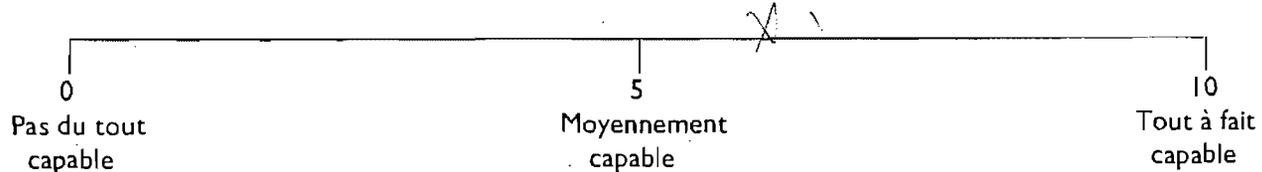
J. de préparer des muffins , des desserts maison, de la bannique avec de la farine de blé entier (au lieu de la farine blanche)



K. de savoir choisir les techniques de cuisson selon les coupes de viande commerciale (bouilli, mijoter, au four, sauter...)



L. de faire des mets avec des œufs



Pour chacun des énoncés suivants, indiquez à l'aide d'un crochet (✓) l'endroit qui représente le mieux votre capacité à cuisiner. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité.

Quand je cuisine à la maison, je suis capable:

M. d'inclure plus de produits laitiers dans mes recettes



Pas du tout capable

Tout à fait capable

N. de bien choisir et préparer mes légumes



Pas du tout capable

Tout à fait capable

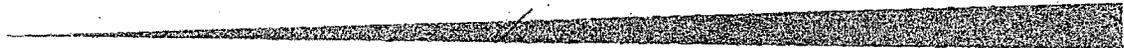
O. de bien choisir et préparer mes fruits



Pas du tout capable

Tout à fait capable

P. de préparer un repas sain avec des pâtes alimentaires



Pas du tout capable

Tout à fait capable

Q. de préparer un repas sain avec des légumes à chaque jour



Pas du tout capable

Tout à fait capable

R. de mettre de la variété dans le menu



Pas du tout capable

Tout à fait capable

Identifier comment vous pensez pouvoir manger sainement dans les situations suivantes en encerclant votre réponse Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité.

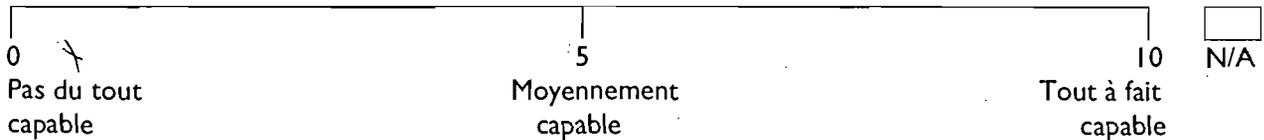
Actuellement, je sais que je peux faire de bons choix d'aliments dans les situations suivantes :

	Très peu capable	Peu capable	Moyenne ment capable	Capable	Très capable	Ne s'applique pas
A. les fins de semaine		2	3	(4)	5	X
B. en soirée		2	3	(4)	5	X
C. quand je prends des collations		2	3	4	5	X
D. si je mange devant la télévision		2	(3)	4	5	X
E. quand je mange seule		2	(3)	4	5	X
F. quand je mange avec mes amis		2	3	(4)	5	X

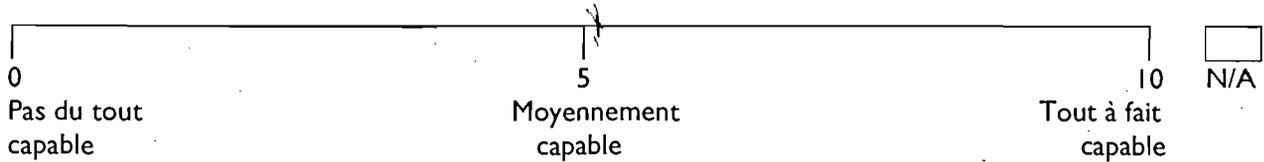
Identifier comment vous pensez pouvoir manger sainement dans les situations suivantes en mettant un (X) à l'endroit qui représente le mieux votre capacité. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité. Si la situation décrite ne s'applique pas à vous, cochez N/A.

Actuellement, je sais que je peux faire de bons choix d'aliments dans les situations suivantes :

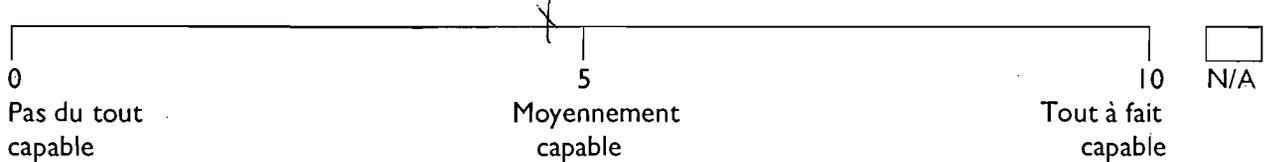
G. quand je n'ai pas le goût de cuisiner



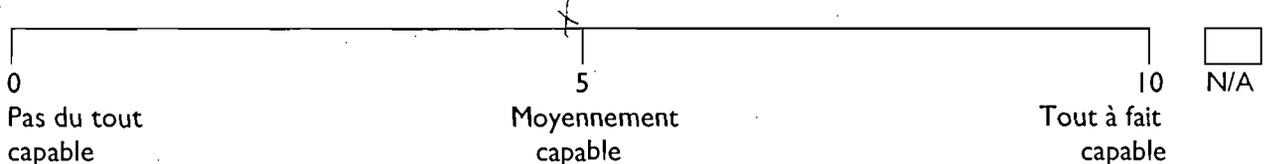
H. quand j'ai une rage de manger



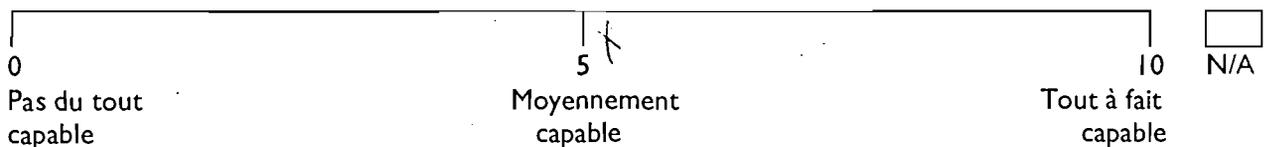
I. lorsque je manque de temps pour cuisiner



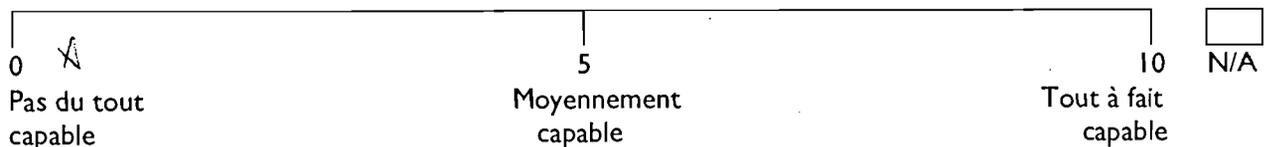
J. quand il y a des fêtes ou des occasions spéciales



K. quand mon budget est très serré



L. quand je suis sur la route, à l'extérieur de Manawan



Identifier comment vous pensez pouvoir manger sainement dans les situations suivantes à l'aide d'un crochet (✓) à l'endroit qui représente le mieux votre capacité. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité. Si la situation décrite ne s'applique pas à vous, cochez N/A.

Actuellement, je sais que je peux faire de bons choix d'aliments dans les situations suivantes :

M. quand je suis dans un foyer à Joliette

_____ ✓ _____ N/A
Pas du tout capable Tout à fait capable

N. quand je suis dans le bois

_____ ✓ _____ N/A
Pas du tout capable Tout à fait capable

O. quand je vais au dépanneur

_____ _____ N/A
Pas du tout capable Tout à fait capable

P. quand je vais au restaurant

_____ ✓ _____ N/A
Pas du tout capable Tout à fait capable

Q. quand nous sommes trop nombreux à la maison

_____ ✓ _____ N/A
Pas du tout capable Tout à fait capable

R. quand le repas est préparé par quelqu'un d'autre

_____ ✓ _____ N/A
Pas du tout capable Tout à fait capable

Qu'est-ce qui influence notre capacité à manger sainement ?

Changer son alimentation pour être en meilleure santé est difficile pour la plupart des gens, surtout s'ils n'ont pas les moyens d'acheter tous les aliments qu'ils ont besoin ou qu'ils n'ont pas appris comment les préparer. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre ce qui influence les comportements d'achat, de préparation et de consommation des aliments. En particulier, cette étude veut vérifier si les ressources financières disponibles dans les maisons influencent les capacités des gens à manger sainement.

Qui participera à cette enquête ?

Deux cents logements dans la communauté seront pigés au hasard. Dans chacun des logements, on invitera une femme adulte, responsable des provisions alimentaires, à une entrevue de 45 minutes pour répondre au questionnaire. La participation à cette étude est libre et volontaire. Les entrevues se dérouleront en français et seront totalement confidentielles. Une traduction de l'entrevue en atikamekw sera possible au besoin.

Quand se déroulera-t-elle ?

Cette enquête aura lieu au printemps 2006 dans la communauté, plus précisément en mai et en juin.



Ce projet est sous la direction de :

DR LOUISE POTVIN, PH.D.

Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive,
Faculté de Médecine, Université de Montréal
1420, boul. Mont-Royal, bureau 3140
Montréal (Québec) H3V 4P3

[information retirée / information withdrawn]

DR OLIVIER RECEVEUR, PH.D.

Professeur agrégé, Département de nutrition
Faculté de médecine, Université de Montréal
C.P. 6128, succursale centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

[information retirée / information withdrawn]

Pour plus d'information communiquer avec

[information retirée / information withdrawn]

courriel à

[information retirée / information withdrawn] ou au centre de santé lors de ses visites à Manawan, au [information retirée / information withdrawn]



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Université de Montréal



Qui est responsable de cette recherche ?

Cette recherche sera sous la responsabilité de Geneviève Mercille, qui a travaillé comme nutritionniste pour les Atikamekw pendant plus de 8 ans. Employée du Conseil des Atikamekw de Manawan, Geneviève est présentement en congé sans solde pour poursuivre ses études afin d'obtenir une maîtrise en santé communautaire à l'Université de Montréal. Le projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'université.

L'implication du Conseil des Atikamekw de Manawan

Le projet a reçu l'approbation du Conseil des Atikamekw de Manawan. Une majorité de conseillers et le Chef, Monsieur Paul-Émile Ottawa, ont signé une résolution. Les services de santé et son directeur, Monsieur Maxime Ottawa, ont reçu le mandat de la direction générale pour le suivi de cette recherche. Une collaboratrice de recherche de la communauté sera engagée pour la durée de l'enquête.

Qui finance ce projet ?

Geneviève a reçu une bourse de formation en recherche des instituts de la recherche en santé du Canada (IRSC) à titre de chercheuse invitée. Les services de santé acceptent de libérer certains membres de leur personnel au besoin pour s'impliquer dans cette recherche et ils contribuent ainsi au succès de ce projet.

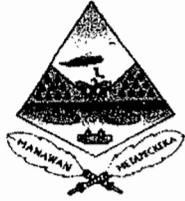
Quand saurons-nous les résultats ?

Les premiers résultats devraient être communiqués aux membres de la communauté au début de 2007.



UNE ENQUÊTE
DE SANTÉ À
MANAWAN EN
2006





QuickTime™ and a
PDF (LZW) decompressor
are needed to see this picture.

RAPPEL – RAPPEL – RAPPEL – RAPPEL – RAPPEL – RAPPEL

Invitation à participer à une recherche sur l'alimentation

Manawan, le 9 juin 2006

Kwe,

Présentement, il y a une recherche sur l'alimentation dans la communauté.

Nous avons pigé au hasard votre logement pour participer à cette étude.

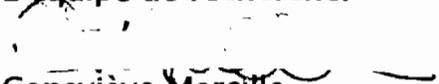
Nous invitons la personne responsable de l'épicerie chez vous à une entrevue de 45 minutes pour répondre à un questionnaire. La confidentialité et l'anonymat sont assurés.

Si vous n'avez pas encore été contacté, nous vous invitons à nous appeler au Centre de santé.

En participant, vous allez contribuer à améliorer la situation alimentaire dans notre communauté.

Mekwetc,

L'équipe de recherche.


Geneviève Mercille
Responsable de cette recherche
Nutritionniste
Étudiante à la maîtrise en santé communautaire


Caroline Quitich
Assistante de recherche
Étudiante en diététique

Recrutement: fiche de la participante

NOM participante : _____ Logement : _____

Tél : _____ Adresse : _____ Langue : Atik Fra

Introduction : explication du projet + intérêt	<p>Bonjour. Mon nom est _____ et je vous appelle du Centre de santé. Pourrais-je parler à la femme qui s'occupe de l'épicerie chez vous ?</p> <p>Avez-vous quelques minutes pour me parler ?</p> <p>La raison de mon appel, c'est de vous parler d'une recherche sur l'alimentation qui a lieu présentement dans la communauté. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre ce qui influence les comportements de saine alimentation des femmes. La personne responsable de cette enquête est Geneviève Mercille, une nutritionniste qui travaille depuis longtemps avec les atikamekw et qui a retourné aux études.</p> <p>Votre logement a été pigé au hasard parmi les logements de la communauté et nous demandons à la personne qui s'occupe de faire l'épicerie de participer à cette enquête. Seriez-vous intéressé?</p> <p>NON OUI (question suivante)</p>
Disponibilité	<p>Nous avons de la disponibilité pour faire des entrevues (demain, la semaine prochaine, etc). Chaque entrevue en français dure entre 45 et 60 minutes (<i>plus, si traduction nécessaire</i>) et elles ont lieu dans un local fermé au Centre de santé pour assurer un maximum de confidentialité. Pouvons-nous trouver un moment où nous pourrions faire l'entrevue? (Noter la date et l'heure : _____). Si la personne travaille offrir possibilité d'obtenir autorisation de l'employeur).</p> <p>NON OUI (question suivante)</p>
Conditions	<p>Il est important que je puisse vous donner toutes les informations sur votre participation à cette recherche pour obtenir un consentement éclairé de votre part. Puis-je aller vous rendre visite pour cela et aussi pour vous faire signer une lettre de consentement? Cela nous prendrait environ 15 minutes et je vous laisserais un dépliant d'information. Est-ce OK?</p> <p>NON OUI (prendre RV) :</p>
Dédommagement : Garderie et Transport	<p>Si vous en avez besoin, on offre un transport pour vous rendre au Centre de santé et on peut vous dépanner avec une gardienne le temps que vous serez en entrevue. Pouvez-vous compter sur un proche pour garder le bébé ?</p> <p>Gardienne nécessaire: OUI NON Transport nécessaire: OUI NON</p>
Conclusion	<p>Merci beaucoup, je vais donc fixer un rendez-vous tout de suite avec vous (ou : je vous rappellerai la veille pour confirmer votre rendez-vous).</p>

#		Date	Heure	Contact	Note
1				Ooui Onon	
2				Ooui Onon	
3				Ooui Onon	
4				Ooui Onon	
5				Ooui Onon	

Réponse de la participante :

<input type="radio"/> accepte	<input type="radio"/> absente de la communauté	<input type="radio"/> décédée
<input type="radio"/> refuse	<input type="radio"/> malade	<input type="radio"/> autre :

Cocher lorsque terminé :

<input type="checkbox"/> consentement signé	<input type="checkbox"/> brochure et lettre de consentement données
---	---

Questions fréquentes au sujet de l'enquête Et réponses suggérées...

1. C'est quoi au juste, cette enquête ?

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre ce qui influence l'adoption des comportements de saine alimentation auprès des femmes responsables des provisions alimentaires dans leur maison, au niveau de l'achat, de la préparation et de la consommation des aliments. En particulier, cette étude veut vérifier si les ressources financières disponibles dans les maisons pour acheter la nourriture va influencer les capacités des gens à manger sainement. (1^{er} paragraphe dépliant et consentement).

2. Comment notre communauté contrôle-t-elle cette enquête ?

Cette recherche est une collaboration entre la communauté et l'Université de Montréal. Suite à la présentation du projet, le Conseil a voté à l'unanimité. La majorité des conseillers et le Chef ont signé une résolution. Le Conseil a délégué les services de santé par l'entremise de son directeur, Maxime Ottawa, pour superviser le déroulement de cette enquête. La personne responsable de cette étude (Geneviève) a travaillé comme nutritionniste pendant plus de 8 ans pour les atikamekw.

La publication des résultats de cette étude sera faite suite à l'accord des représentants atikamekw. Les données appartiennent conjointement à la communauté et aux chercheurs impliqués et une copie des tableaux

des résultats et une copie anonyme de la base de données sera retournée à la communauté. Toutes les personnes intéressées par les résultats pourront demander une copie du rapport.

Pour que les données soient utilisées pour d'autres enquêtes de nutrition, cela nécessite le consentement des participantes et de la communauté.

3. Pourquoi cette recherche est-elle effectuée ?

Les communautés autochtones, dont la nôtre, sont très affectées par des taux élevés de maladies chroniques d'origine nutritionnelle (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, certains cancers, affections dentaires, etc). Une saine alimentation peut aider à prévenir plusieurs de ces maladies mais la plupart des personnes trouvent ça difficile de changer leur façon de manger, surtout si elles n'ont pas les moyens d'acheter les aliments sains ou qu'elles n'ont pas appris à les préparer. Nous avons besoin de mieux comprendre ce qui influence les habitudes alimentaires des gens pour mieux les aider et aussi comme communauté, pour offrir des programmes qui répondent aux besoins de la population.

4. Y a-t-il d'autres communautés qui participent à cette enquête ?

Non, seulement ici.

5. On a déjà eu ce genre d'enquête ici il n'y a pas si longtemps !

Il y a environ 2 ans, nous avons eu une étude sur le mercure et en 2002, il y a eu une grande enquête de santé partout au Canada et notre communauté avait participé. Cette étude est la première de son genre.

6. Quels genres de questions seront posées ?

Les principales questions posées concernent les comportements de préparation des aliments à la maison et les choix d'aliments dans différentes situations. Il y a aussi des questions sur les ressources financières disponibles pour nourrir l'ensemble de la famille (par exemple, si on a peur de manquer d'argent pour acheter de la nourriture). On demandera aussi à la personne sa date de naissance, le niveau de scolarité, si elle travaille ou non, les habitudes de tabac et de consommation d'alcool, son poids, sa grandeur, où elle fait son épicerie, si elle a accès aux aliments traditionnels et différentes questions d'opinions sur l'achat d'aliments et l'alimentation. (référence : dépliant et consentement)

7. Et si je me sens mal à l'aise de répondre aux questions ?

Certaines questions pourront vous sembler gênantes à répondre, par exemple, les questions sur les habitudes de consommation d'alcool, les questions qui demandent si votre famille a assez d'argent pour acheter la nourriture pendant tout le mois. Sachez que pendant l'entrevue, vous

n'êtes pas obligée de répondre à toutes les questions. Vous pouvez même demander de quitter l'étude et ce, sans aucune conséquence pour vous. Par contre, vos réponses sont complètement confidentielles et ne pourront être rattachées à vous ou à votre famille et les résultats de cette étude pourront aider la communauté à mieux comprendre la situation et à prendre de meilleures décisions pour le mieux-être de ses citoyens.

8. Comment notre communauté a été sélectionnée pour participer ?

Quand Geneviève a fait sa demande pour retourner aux études, elle a proposé un projet de recherche à la communauté qui a accepté.

9. Comment mon nom a été choisi pour participer ?

Votre logement a été pigé au hasard parmi les logements de la communauté. On demande ensuite à une femme adulte qui s'occupe de l'épicerie et qui habite ce logement, de participer à une entrevue.

10. Pourquoi cette enquête concerne seulement les femmes ?

En majorité, ce sont les femmes qui sont responsables de l'alimentation de la famille. Il y a aussi des hommes qui s'impliquent mais ils sont beaucoup moins nombreux. Quand on regarde les recherches de ce genre, ce sont les femmes qui participent et on pourra mieux comparer la situation de notre communauté avec d'autres recherches semblables.

11. Combien de temps va durer l'entrevue ?

Pour les entrevues qui se déroulent en français, cela prendra environ 45 minutes s'il n'y a pas d'interruption. Lorsque les entrevues devront être traduites en entier en atikamekw, il faut compter environ 1h30 (info au dépliant et consentement)

12. Allez-vous interroger d'autres membres de ma famille ?

Non. Une seule personne par logement pourra participer à cette étude et cela doit être une femme adulte, responsable de l'épicerie.

13. Vous travaillez pour qui ?

Caroline : Je suis étudiante en technique de diététique au CEGEP et j'ai un emploi d'été subventionné par un programme de Santé Canada et Geneviève paie aussi une bonne partie de mon salaire.

Geneviève : est une employée des services de santé de Manawan qui est présentement en congé sans solde pour poursuivre des études universitaires.

14. Qui paie les coûts pour cette recherche ?

Geneviève est en congé sans solde de son emploi. Elle ne reçoit pas de salaire présentement des services de santé. Elle bénéficie d'une bourse de recherche pour ses études de maîtrise pour une période de 2 ans. Pour la communauté, il n'y a pas de charge supplémentaire. Les membres de la communauté qui sont impliqués dans la supervision s'impliquent lorsqu'ils sont disponibles. Il s'agit de Maxime Ottawa,

Francine Moar, Gildor Echaquan, Marie-Claire Mattawa et Céline Quitich. (info au dépliant et consentement).

15. Vous servirez-vous de mon nom ?

Non. Les renseignements personnels comme votre nom, adresse, numéro de téléphone ne seront pas inscrits dans les questionnaires. Les questionnaires sont entièrement anonymes. Sur le formulaire de consentement, on vous demande de signer pour montrer que vous acceptez de participer à une recherche et que votre décision est éclairée. Le # de questionnaire d'entrevue ne sera pas inscrit à côté de votre signature. (consentement)

16. Pouvez-vous me rassurer sur la confidentialité ?

(Voir la réponse à la question précédente + réponse suivante)
Geneviève et moi-même avons prêté un serment de discrétion. Nous devons suivre un code d'éthique rigoureux avec des règles précises pour protéger la vie privée des gens. Les informations que vous fournirez seront mises sous clés et protégées. Il y a seulement les chercheurs impliqués dans cette étude qui auront accès aux questionnaires complétés. (consentement)

17. De quelle façon mes réponses au questionnaire seront utilisées ?

Vos réponses et celles des autres personnes qui auront participé seront compilées en tant que groupe (et non en tant qu'individus).

Nous avons prévu présenter les résultats à la communauté et faire en sorte qu'ils soient accessibles. Sur simple demande, vous pourrez demander une copie du rapport de recherche préparé pour la communauté. Cette enquête nous aidera à mieux connaître les besoins de la communauté pour ce qui est de l'alimentation et nous donnera des pistes pour élaborer des programmes adaptés à notre réalité. L'information recueillie est un des moyens d'améliorer la santé de nos gens.

18. Le gouvernement obtiendra-t-il cette information ?

Non. Il n'y a pas d'entente de partage des données avec le gouvernement et aucun renseignement personnel ne sera communiqué au gouvernement ni même au Conseil de bande. Seulement les données anonymes et les tableaux des résultats seront remis à la communauté.

19. Est-ce que je serai payée pour ma participation ?

Il n'y a aucun argent versé pour la participation qui est volontaire. Par contre, si vous avez besoin d'un transport pour vous rendre à l'entrevue ou que vous n'avez pas une gardienne pour les enfants pendant que vous êtes en entrevue, nous pouvons vous dépanner.

20. Qu'est-ce qui arrive si je ne participe pas ?

Rien du tout. Votre participation est libre et volontaire et il n'y a aucune conséquence pour vous si vous ne participez pas. Par contre, votre participation est importante pour que les résultats de cette recherche montrent la situation réelle sur l'alimentation dans notre communauté.

21. Je suis trop occupée / pressée en ce moment !

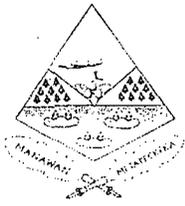
Nous ne sommes pas obligées de faire cette entrevue maintenant. Quand seriez-vous disponible ? Nous pouvons prendre un rendez-vous ensemble pour un autre jour et je vous rappellerai pour confirmer.

22. Je ne me sens pas bien aujourd'hui / Je suis malade.

Nous ne sommes pas obligées de faire cette entrevue maintenant. Nous pouvons prendre un rendez-vous ensemble pour un autre jour quand vous irez mieux et je vous rappellerai pour confirmer.

23. Ça ne m'intéresse pas ! / C'est une perte de temps !

Comme Atikamekw, c'est important que l'on comprenne mieux comment se porte la santé de notre communauté si on veut se donner les moyens d'agir. Plus les atikamekw participeront à des recherches qui les concernent, plus ils auront le pouvoir d'avoir le contrôle sur leurs services de santé et les conditions de vie dans leur communauté. Votre participation est importante !



Université 
de Montréal

ENQUÊTE SUR LES DÉTERMINANTS DE L'EFFICACITÉ
PERSONNELLE D'UNE SAINÉ ALIMENTATION AU SEIN DE LA
POPULATION ATIKAMEKW DE MANAWAN

Questionnaire

Geneviève Mercille
Nutritionniste
Étudiante à la maîtrise en santé communautaire
Université de Montréal

Avril 2006

B. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Quelle est votre date de naissance ? Mois : _____ Année : _____
2. Etes-vous enceinte actuellement ?
Oui _____
Non _____
Ne sait pas _____
3. Allaitiez-vous actuellement ?
Oui _____
Non _____
4. Quel est votre état matrimonial ?
1. _____ mariée
 2. _____ en union libre
 3. _____ veuve
 4. _____ séparée
 5. _____ divorcée
 6. _____ célibataire, jamais mariée

C. COMPOSITION DE LA MAISONNÉE

5. Dans quel type de logement demeurez-vous ? Est-ce un(e) :
1. _____ maison individuelle
 2. _____ maison double ou en rangée
 3. _____ immeuble d'appartements
 4. _____ maison de chambres / pension / camp
 5. _____ maison mobile
 6. _____ autre

6. Nommez toutes les personnes de 18 ans et plus qui habitent ici, la plupart du temps (plus de 8 mois par année) ? Spécifier l'âge, le sexe et l'origine ethnique :

	Sexe : M ou F	Âge	Atikamekw (A) Non atikamekw (N)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Cela signifie qu'il y a _____ adultes dans votre foyer, est-ce exact ?

7. Combien d'enfants de 17 ans et moins vivent sous ce toit? Quel est leur âge?

Age	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
M																		
F																		

D. RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

8. Quelle langue parlez-vous le plus souvent ? (Encercler la réponse)

- a. Atikamekw
- b. Français
- c. Anglais
- d. Autre (spécifiez) : _____

9. Quelles langues comprenez-vous ? (encercler le niveau de compréhension pour chaque langue)

Atikamekw :

Très bien assez bien quelques mots ne comprends pas

Français :

Très bien assez bien quelques mots ne comprends pas

Anglais :

Très bien assez bien quelques mots ne comprends pas

Autre (spécifier) : _____

Très bien assez bien quelques mots ne comprends pas

10. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminé ? (encercler)

- a. Aucune
- b. Niveau primaire
- c. Niveau secondaire partiel
- d. Secondaire 5 complété
- e. Études dans une école de métiers, un collège commercial privé, un institut technique,...
- f. Études collégiales (cegep)
- g. Études à l'université

11. Quelle est actuellement votre occupation principale ? (encercler)

- a. Travaille à temps plein (plus de 30h/sem)
- b. Travaille à temps partiel (moins de 30h/sem)
- c. Fréquente l'école
- d. Ne travaille pas pour des raisons de santé
- e. En congé de maternité
- f. En chômage
- g. Reçoit des prestations d'aide sociale
- h. Retraitée
- i. Obligations personnelles ou familiales
- j. Autre raison: _____

12. Parmi les autres membres de votre maisonnée, combien de personnes (indiquer le nombre) :

- a. Occupent un emploi à temps plein (plus de 30h/sem): _____
- b. Occupent un emploi à temps partiel (moins de 30h/sem) : _____
- c. Occupent un emploi occasionnel ou saisonnier : _____

13. Au cours du dernier mois, est-ce qu'un ou des membres de la maison a reçu des prestations d'assurance-emploi, d'assistance sociale (aide sociale, soutien au revenu) ou une pension ? (Si oui, indiquer le nombre)

- a. Assurance-emploi : _____
- b. Assistance sociale : _____
- c. Pension : _____
- d. Aucun revenu : _____

14. Le revenu de la maisonnée du dernier mois est-il semblable aux autres mois ? (ne pas énumérer les choix de réponses. Encercler ce que la personne dit.)

- a. oui
- b. non, supérieur
- c. non, inférieur
- d. ne sait pas

E. VOTRE SANTÉ ET VOS HABITUDES DE VIE

Je vais commencer par quelques questions sur l'état de votre santé en général. Par santé, on entend un état bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou de blessure.

15. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

- a. Excellente ?
- b. Très bonne Si a ou b → Q 16
- c. Bonne
- d. Moyenne
- e. Mauvaise Si c, d ou e → Q 17

16. Qu'est-ce qui fait que vous soyez autant en santé ? *Ne pas lire la liste. Encercler tout ce qui s'applique.*

- a. Régime alimentaire sain (faible en gras, riche en fibres, fruits et légumes, etc.)
- b. Peu de stress
- c. Bon soutien social (famille, amis, collègues de travail)
- d. Bien dormir / prendre du repos
- e. Heureux, satisfait
- f. Exercices réguliers
- g. Équilibre (physique, émotionnel, mental, spirituel)
- h. Autre (spécifiez) : _____
- i. Ne sait pas
- j. Refus

17. Etes-vous atteinte d'un problème de santé de longue durée ? On entend un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

Oui → passer à Q18

Non → passer à Q19

Si oui, précisez : _____

18. Quel âge aviez-vous quand ce problème a été diagnostiqué pour la première fois?

19. Souffrez-vous d'une maladie qui vous oblige à faire attention à ce que vous mangez?

Oui, précisez : _____

Non

20. Comparativement à d'autres personnes de votre groupe d'âge, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général... (encercler)

- a. Excellentes ?
- b. Très bonnes
- c. Bonnes
- d. Moyennes
- e. Mauvaise

Mesures de la taille, du poids et tour de taille

21. J'aimerais maintenant mesurer votre grandeur, votre poids et votre tour de taille. Me permettez-vous de prendre ces mesures ?

oui

non

impossible de prendre les mesures (Raison : _____)

22. Votre grandeur ? _____pieds _____pouces ou _____centimètres

23. Votre poids ? _____livres ou _____kilogrammes

Calcul de l'IMC : _____

Si l'IMC est plus petit que 35, demander de mesurer le tour de taille.

24. Votre tour de taille ? _____ cm

Usage du tabac

25. Avez-vous déjà été une habituée de la cigarette ?

___ oui → Q26

___ non → Q34

26. Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans

27. Actuellement, à quel point fumez-vous ?

a. Tous les jours → Q28

b. Parfois → Q29

c. Jamais → Q31

28. En moyenne, quelle est votre consommation quotidienne de cigarettes ? _____ → Q32

29. Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement ? _____

30. Au cours du dernier mois, combien de jours avez-vous fumé une cigarette ou plus ? _____ → Q32

31. Depuis quand vous ne fumez plus ?

a. Moins d'une année : _____ mois

b. Plus d'une année : _____ années

32. Y a-t-il d'autres fumeurs dans la maison ?

___ Oui, précisez le nombre de fumeurs : _____

___ Non

33. En moyenne, à combien s'élève les dépenses reliées au tabac par jour, par semaine ou par mois comme vous préférez, pour l'ensemble de la maisonnée ? \$ _____

Consommation d'alcool

J'aimerais maintenant poser des questions sur votre consommation d'alcool.

Lorsqu'on parle d'un verre, on entend par là : une bouteille, une cannette ou un verre de bière en fût; un verre de vin ou de «cooler», un verre ou cocktail contenant une once et demie de spiritueux (alcool fort).

33. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée ?

_____ oui → Q34

_____ non → section suivante

34. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées

1. _____ moins d'une fois par mois

5. _____ 2 à 3 fois par semaine

2. _____ une fois par mois

6. _____ 4 à 6 fois par semaine

3. _____ 2 à 3 fois par mois

7. _____ tous les jours

4. _____ une fois par semaine

35. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion ?

1. _____ jamais

5. _____ une fois par semaine

2. _____ moins d'une fois par mois

6. _____ plus d'une fois par semaine

3. _____ une fois par mois

4. _____ 2 à 3 fois par mois

F. APPROVISIONNEMENT ET AUTO-EFFICACITÉ

Nous allons maintenant poser des questions sur l'alimentation pour l'ensemble de la maisonnée.

36. Etes-vous impliquée dans la préparation des repas pour la maisonnée ?

a. Oui, je suis la principale responsable

b. Oui mais je partage cette responsabilité avec : _____

c. Je prépare les repas seulement à l'occasion

d. Non, presque jamais

37. Quel est le niveau de partage de l'épicerie dans la maison ?

a. Une seule épicerie pour tous les membres de la maisonnée

b. Nous faisons notre épicerie pour _____ adultes et _____ enfants

38. Quel est le principal lieu d'approvisionnement en nourriture pour la maison ?

- a. À l'épicerie du village
- b. Dans un supermarché à l'extérieur de la communauté (spécifier la ville et la bannière) : _____

- c. Auprès d'un grossiste en alimentation (spécifier la ville et la bannière) : _____
- d. Des dons d'aliments provenant de l'entourage
- e. Autre, spécifiez : _____

39. Quel moyen de transport utilisez-vous pour faire vos achats ?

- a. Véhicule personnel
- b. En co-voiturage (indiquez le montant défrayé pour un aller-retour : \$ _____)
- c. À pieds
- d. Autre, spécifiez : _____

40. À quelle fréquence faites-vous votre épicerie ?

- a. J'achète au fur et à mesure
- b. Une fois par semaine
- c. Une fois aux deux semaines
- d. Une fois par mois
- e. Moins d'une fois par mois

41. Quelle est la somme approximative que vous consacrez à la nourriture pendant une semaine, deux semaines ou un mois normal, comme vous voulez ? (y compris les aliments achetés à l'épicerie, au dépanneur et au restaurant)

Épicerie : \$ _____ Dépanneur : \$ _____ Resto : \$ _____

42. Vous est-il possible d'obtenir de la nourriture traditionnelle la plupart du temps ?

- ___ Oui → Q44
- ___ Non → Q43
- ___ Ne sait pas

43. Si vous n'êtes pas capable d'avoir de la nourriture traditionnelle, pouvez-vous me dire pourquoi ? (ne pas donner les raisons possibles. Inscrivez le choix correspondant aux 3 premières raisons énumérées)

- a. pas de moyen de transport
- b. pas de chasseur, ni pêcheur dans la maison
- c. le chasseur ou pêcheur est malade ou blessé
- d. le chasseur ou pêcheur n'a pas le temps car il occupe un emploi
- e. l'essence coûte cher
- f. les réparations coûtent chères
- g. la nourriture traditionnelle non disponible sur le territoire (exploitation forestière, surchasse...)
- h. la nourriture traditionnelle n'est pas partagée dans cette communauté
- i. pas d'endroit pour entreposer la nourriture traditionnelle
- j. pas d'équipement pour la chasse ou la pêche
- k. autre : _____

Raison 1 : _____ Raison 2 : _____ Raison 3 : _____

44. Voici une liste des raisons parfois données pour ne pas acheter plus de fruits et de légumes frais au magasin du village. Lesquelles s'appliquent dans votre cas ? (montrer la liste, la lire à voix haute une à la fois, et encrer toutes les raisons qui s'appliquent)

- a. Trop cher
- b. Mauvaise qualité
- c. Manque de variété
- d. Souvent non disponibles
- e. Je ne sais pas quoi en faire
- f. Ne se conservent pas
- g. Je préfère les conserves
- h. Goût désagréable
- i. Trop compliqués à cuire
- j. Inutiles pour la santé
- k. J'en mange déjà beaucoup
- l. Je suis incapable de les digérer
- m. Je ne peut me les offrir
- n. Je préfère les surgelés
- o. Autre raison : _____

45. Voici une liste des raisons parfois données pour ne pas acheter de lait frais ou UHT en boîte au magasin du village. Lesquelles s'appliquent dans votre cas ? (montrer la liste, la lire à voix haute une à la fois et cocher toutes les raisons qui s'appliquent)

- a. Trop cher
- b. Sur ou caillé, des fois
- c. Souvent non disponibles
- d. Difficile à digérer pour moi
- e. Je préfère le lait évaporé en conserve
- f. Goût désagréable
- g. Inutiles pour la santé
- h. J'en consomme déjà beaucoup
- i. Je ne peut me les offrir
- j. Je préfère le lait en poudre
- k. Date de péremption souvent passée
- l. Je préfère le fromage ou le yogourt
- m. Autre raison : _____

46. Pour chacun des énoncés suivants, veuillez noircir le chiffre qui correspond le mieux à votre capacité de cuisiner. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité.

Pas du tout capable 0	Très peu capable 1	Un peu capable 2	Moyennement capable 3	Capable 4	Très capable 5	Tout à fait capable 6
--------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------------	--------------	-------------------	--------------------------

Quand je cuisine à la maison, je suis capable:

A. de cuisiner sans utiliser de recettes	0	1	2	3	4	5	6
B. d'apprendre à quelqu'un à se débrouiller pour cuisiner	0	1	2	3	4	5	6
C. de réduire les matières grasses dans une recette ou lors de la cuisson des viandes	0	1	2	3	4	5	6
D. de faire des changements sur une recette pour qu'elle soit moins sucrée	0	1	2	3	4	5	6
E. de changer les ingrédients d'une recette	0	1	2	3	4	5	6
F. d'inventer un mets avec ce que j'ai sous la main	0	1	2	3	4	5	6
G. de nourrir ma famille avec moins de produits prêts-à-servir (ex : pizza congelée, croquettes...)	0	1	2	3	4	5	6
H. de faire des soupes maison avec des légumes	0	1	2	3	4	5	6
I. de faire des mets à base de légumineuses ou «beans» (ex : pois chiches, lentilles, haricots rouges, haricots blancs, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
J. de préparer des muffins, des desserts maison, de la bannique avec de la farine de blé entier (au lieu de la farine blanche)	0	1	2	3	4	5	6
K. de savoir choisir les techniques de cuisson selon les coupes de viande commerciale (bouilli, mijoter, au four, sauter...)	0	1	2	3	4	5	6
L. de faire des mets avec des œufs	0	1	2	3	4	5	6
M. d'inclure plus de produits laitiers dans mes recettes	0	1	2	3	4	5	6
N. de bien choisir et préparer mes légumes	0	1	2	3	4	5	6
O. de bien choisir et préparer mes fruits	0	1	2	3	4	5	6
P. de préparer un repas sain avec des pâtes alimentaires (avec légumes et viande)	0	1	2	3	4	5	6
Q. de préparer un repas sain avec des légumes à chaque jour	0	1	2	3	4	5	6
R. de mettre de la variété dans le menu	0	1	2	3	4	5	6
S. de préparer un repas sain en moins de 30 minutes	0	1	2	3	4	5	6

47. Identifier comment vous pensez pouvoir manger sainement dans les situations suivantes en noircissant votre réponse Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il s'agit d'indiquer le plus exactement possible le niveau qui, selon vous, correspond le mieux à votre capacité. Si la situation décrite ne s'applique pas à votre mode de vie, noircissez le ⊗ (ne s'applique pas).

Pas du tout capable 0	Très peu capable 1	Un peu capable 2	Moyennement capable 3	Capable 4	Très capable 5	Tout à fait capable 6	Ne s'applique pas X
--------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------------	--------------	-------------------	--------------------------	------------------------

Actuellement, je sais que je peux faire de bons choix d'aliments dans les situations suivantes :

A. les fins de semaine	0	1	2	3	4	5	6	
B. en soirée	0	1	2	3	4	5	6	⊗
C. quand je prends des collations	0	1	2	3	4	5	6	⊗
D. si je mange devant la télévision	0	1	2	3	4	5	6	⊗
E. quand je mange seule	0	1	2	3	4	5	6	⊗
F. quand je mange avec mes amis	0	1	2	3	4	5	6	⊗
G. quand je n'ai pas le goût de cuisiner	0	1	2	3	4	5	6	⊗
H. quand j'ai une rage de manger	0	1	2	3	4	5	6	⊗
I. lorsque je manque de temps pour cuisiner	0	1	2	3	4	5	6	⊗
J. quand il y a des fêtes ou des occasions spéciales (makocan)	0	1	2	3	4	5	6	⊗
K. quand mon budget est très serré	0	1	2	3	4	5	6	⊗
L. quand je suis sur la route, à l'extérieur de Manawan	0	1	2	3	4	5	6	⊗
M. quand je suis dans un foyer à Joliette	0	1	2	3	4	5	6	⊗
N. quand je suis dans le bois	0	1	2	3	4	5	6	⊗
O. quand je vais au dépanneur	0	1	2	3	4	5	6	⊗
P. quand je vais au restaurant	0	1	2	3	4	5	6	⊗
Q. quand nous sommes trop nombreux à la maison	0	1	2	3	4	5	6	⊗
R. quand le repas est préparé par quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4	5	6	⊗
S. quand je dois cuisiner plusieurs plats différents pour satisfaire les goûts ou les besoins de certains membres en particulier	0	1	2	3	4	5	6	⊗

G. SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Cette partie comprend des questions sur les capacités financières de votre famille de se nourrir. Certaines questions peuvent sembler embarrassantes pour vous, mais votre réponse aidera les dirigeants de votre communauté et les services de santé à mieux comprendre les problèmes auxquels font face les familles de Manawan et à offrir des programmes mieux adaptés à vos besoins, d'autant plus qu'il n'y en a pas dans cette communauté. Comme pour le reste du questionnaire, vos réponses sont strictement confidentielles et aucun nom ne sera divulgué aux autorités locales ou au gouvernement. Vous n'êtes pas obligée de répondre, mais vos réponses pourront aider à améliorer la situation alimentaire de Manawan et probablement des autres communautés atikamekw.

Je vais lire à voix haute une série d'énoncés décrivant la situation vécue de certaines familles et je vais vous demander de me dire dans quelle mesure, cette situation ressemble votre situation personnelle. Je vais vous remettre aussi une feuille sur laquelle vous pourrez vous-même lire ces énoncés avant de me répondre.

48. Les énoncés ont trait à la nourriture servie à votre famille au cours des 12 derniers mois et à vos ressources financières. *Donner la feuille des énoncés à la participante pour qu'elle puisse les lire. Encercler les réponses.*

ENSEMBLE I

A. Des familles pourraient dire ce qui suit : «**On s'est demandé si on ne manquerait pas de nourriture avant d'avoir l'argent nécessaire pour en acheter d'autre**». Au cours des 12 derniers mois, est-ce que cette situation s'est produite souvent, parfois ou jamais dans votre maison ?

- | | |
|------------|--------------------------|
| a. souvent | c. jamais |
| b. parfois | d. ne sait pas ou refuse |

B. Des familles pourraient dire ce qui suit : «**Les provisions n'étaient pas suffisantes et on manquait d'argent pour en acheter d'autres**». Au cours des 12 derniers mois, est-ce que cette situation s'est produite souvent, parfois ou jamais dans votre maison ?

- | | |
|------------|--------------------------|
| a. souvent | c. jamais |
| b. parfois | d. ne sait pas ou refuse |

C. Des familles pourraient dire ce qui suit : «**On ne pouvait pas se permettre des repas nutritifs**». Au cours des 12 derniers mois, est-ce que cette situation s'est produite souvent, parfois ou jamais dans votre maison ?

- a. souvent
- b. parfois
- c. jamais
- d. ne sait pas ou refuse

S'il y a des enfants de moins de 18 ans dans la maison, poser les 2 questions D et E sinon, passer au processus d'élimination s'appliquant à l'ensemble 2.

D. Des familles pourraient dire ce qui suit : «**On ne pouvait donner aux enfants que la nourriture la moins chère parce que nous manquions d'argent pour acheter des denrées alimentaires**». Au cours des 12 derniers mois, est-ce que cette situation s'est produite souvent, parfois ou jamais dans votre maison ?

- a. souvent
- b. parfois
- c. jamais
- d. ne sait pas ou refuse

E. Des familles pourraient dire ce qui suit : «**On ne pouvait pas servir un bon repas aux enfants parce qu'on n'en avait pas les moyens**». Au cours des 12 derniers mois, est-ce que cette situation s'est produite souvent, parfois ou jamais dans votre maison ?

- a. souvent
- b. parfois
- c. jamais
- d. ne sait pas ou refuse

Processus d'élimination s'appliquant à l'ensemble 2 : si on a répondu souvent ou parfois à l'une ou l'autre des questions A à E, passer à l'ensemble 2. Sinon, passer à la question 51.

S'il y a un enfant de moins de 18 ans dans la maison, poser la question F, sinon aller à G.

ENSEMBLE 2

F. Des familles pourraient dire ce qui suit : «**Les enfants n'avaient pas assez à manger parce qu'on n'avait tout simplement pas les moyens d'acheter assez de nourriture**». Au cours des 12 derniers mois, est-ce que cette situation s'est produite souvent, parfois ou jamais dans votre maison ?

- a. souvent
- b. parfois
- c. jamais
- d. ne sait pas ou refuse

- G. Au cours de la dernière année, vous ou d'autres membres adultes de la famille, avez-vous réduit la taille de vos repas ou sauté des repas parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour la nourriture?
- Oui → Q H
 - Non → Q I
 - Ne sait pas → Q I
- H. Combien de fois cela s'est-il produit depuis les 12 derniers mois : presque tous les mois, pendant un certain nombre de mois, ou pendant un mois ou deux ?
- Presque tous les mois
 - Pendant un certain nombre de mois
 - Pendant un mois ou deux
 - Ne sait pas
- I. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous mangé moins qu'à votre faim parce que vous manquez d'argent pour acheter de la nourriture ?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- J. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous privée de nourriture parce que vous n'aviez pas les moyens d'en acheter en quantité suffisante?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- K. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une perte de poids en raison d'un manque d'argent pour acheter la nourriture?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas

Si on a répondu oui à l'une des questions de l'ensemble 2 (énoncés F à K), passer à l'ensemble 3 sinon, passer à la question 51.

ENSEMBLE 3

- L. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un autre membre adulte de la famille s'est privé de nourriture durant toute une journée parce que l'argent manquait en acheter d'autre ?
- Oui → Q M
 - Non → Q N
 - Ne sait pas → Q N
- M. Combien de fois cela s'est-il produit : presque tous les mois, pendant un certain nombre de mois, ou pendant un mois ou deux ?
- Presque tous les mois
 - Pendant un certain nombre de mois
 - Pendant un mois ou deux
 - Ne sait pas

S'il y a des enfants de moins de 18 ans dans la maison, poser les questions N à R. Sinon passer à Q49.

Les questions suivantes concernent les enfants de moins de 18 ans qui vivent dans votre maison.

N. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez réduit leurs portions par manque d'argent pour acheter de la nourriture?

- a. Oui
- b. Non
- c. Ne sait pas

O. Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un enfant a sauté des repas parce qu'on manquait d'argent pour acheter de la nourriture ?

- a. Oui → Q P
- b. Non → Q Q
- c. Ne sait pas → Q Q

P. Combien de fois cela s'est-il produit : presque tous les mois, pendant un certain nombre de mois, ou pendant un mois ou deux ?

- a. Presque tous les mois
- b. Pendant un certain nombre de mois
- c. Pendant un mois ou deux
- d. Ne sait pas

Q. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que les enfants ont souffert de la faim parce que vous n'aviez pas les moyens d'acheter plus de nourriture?

- a. Oui
- b. Non
- c. Ne sait pas

R. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vos enfants n'ont rien mangé durant toute une journée en raison d'un manque d'argent pour la nourriture?

- a. Oui
- b. Non
- c. Ne sait pas

Si on a répondu oui à l'une ou l'autre des questions F à R, poser les 2 prochaines questions sinon, passer à la question 51.

49. Pouvez-vous me dire pourquoi votre famille n'avait pas les moyens d'acheter suffisamment de nourriture ? Quelle est la raison principale ? (ne pas lire les raisons possibles à voix haute, inscrire la lettre correspondant aux 3 principales raisons données. S'il y a lieu, insister en posant la question : Y a-t-il d'autres raisons ?)

- a. Sans emploi
- b. En attente de prestations d'assurance emploi ou aide sociale
- c. Revenu insuffisant
- d. Ai utilisé l'argent pour des médicaments
- e. Ai donné l'argent
- f. Ai donné la nourriture à d'autres dans ma communauté
- g. Ai du acheter des articles de chasse, de pêche, de piégeage, des provisions, de l'essence
- h. Devais payer les factures (électricité, vêtements, fournitures scolaires)
- i. Ai perdu mon argent au jeu
- j. La nourriture coûte trop cher
- k. Ne sait pas ou refuse de répondre
- l. Autre : _____

Raison 1 : _____ Raison 2 : _____ Raison 3 : _____

50. Quand vous n'aviez plus d'argent pour la nourriture, que faisiez-vous? (ne pas lire la liste à voix haute, inscrire la lettre correspondant aux 3 principales raisons données. S'il y a lieu, insister en posant la question : Y a-t-il autres choses ?)

- a. Ai demandé l'aide des services sociaux
- b. Ai demandé crédit au gérant du magasin
- c. Ai demandé un bon d'achat au Conseil de bande
- d. Ai demandé de l'argent à des amis ou à la parenté
- e. Suis allée chassé ou pêché
- f. Ai demandé l'aide de la RSC, de l'infirmier ou du médecin
- g. M'en suis passée
- h. Ai fabriqué un article pour le vendre (exemple : artisanat)
- i. Ai obtenu de la nourriture de la parenté ou des amis
- j. Autre : _____

Raison 1 : _____ Raison 2 : _____ Raison 3 : _____

51. Donnez votre opinion sur les affirmations suivantes (Remettre la liste des énoncés, et cocher la case correspondant au choix).

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
a. le coût des aliments santé m'empêchent d'améliorer mes habitudes alimentaires					
b. Cela coûte assez cher d'avoir une alimentation équilibrée					
c. la plupart des aliments santé ne sont pas trop chers pour mon budget					
d. Je n'ai pas le temps de manger sainement					
e. avoir une alimentation équilibrée ne demande pas trop d'efforts					
f. préparer des repas équilibrés prend beaucoup de temps					

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

Si vous avez des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous :

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire et nous vous rappelons que toute l'information qui y est incluse demeurera confidentielle.

Enkoni ni ko ohwe ka itactahoritakaniok aka e wi otapinakaniwitcik ciwominanak kaie kitikan mitcima atawekamikok. Kekwan tca mia kir ke iteipan ?

- a. Micta misakitakon
- b. Nama mirwacin
- c. Nama tipi mitcen
- d. Nama mocak takon
- e. Nama wic ni ki itinekwewakan
- f. Nama kinec ki kanaweritcicatew
- g. Kirowe pweteapiskok ni sakitan
- h. Matcapikon
- i. Ariman e kisisikatek
- j. Nama mirwapatan otci miro matisiwinik
- k. Nipira aci ni mitcin
- l. Ni matcamitcitahikon
- m. Nama ni tipahen
- n. Kirowe ka mockowotcitakaniok ni sakitan
- o. Kotak kekocic : _____

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

ENSEMBLE 1

Ohwe 12 pisimwa otananik mitcetwaw ia ni kekotc nama wiskat, kekotc nama ki kiskeriten ki isparin kimikiwamiwak ?

- A. «Ni ki kotci nta kiskeritetan ke apitc notepariwaken mitcim epwamaci minawatc takok coria kitci ki otapinasoak».
- B. «Nama tipiparinopan mitcim kaie nama takonopan coria kitci ki otapinamak kotak mitcim».
- C. «Nama ni tipahamatisotan kitci ki mironekotitisoak ».

Kecpin takwen kinitcanicak (D acitc E) :

- D. «Arimatc ko mitcimiriw ka wetakitakonik ni otapinamowatananak awacak tepirak e notepariak coria e wi otapinamak mitcim».
- E. «Nama ni ki mironekotatanak awacak aka e tipahasoakipan».

Wita kititeritamowin otci ohwi niskamowina:

Tekaci ni tapweten	Ni tapweten	Nama orina ni tapweten	Nama ni tapweten	Tekaci nama ni tapweten
--------------------	-------------	------------------------	------------------	-------------------------

- a. Miro mitcim e misakitakok, ekoni wetci aka mirocimitisoan.
- b. Erowek misakitakon wewerita kitci ki mirocimitisonaniok.
- c. Atita miro mitcima nama misakitakono otci nicoriam.
- d. Nama ni tepi ickwa aikan wewerita kitci ki mitcisoan.
- e. Wetan erowek wewerita kitci ki mirocimitisonaniok.
- f. Kinec tacikatew wewerita kitci ki mirocimitisonaniok.

ANNEXE IV

RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES

TABLEAU V	Scores moyens et écarts types pour les 16 items de l'échelle de perceptions des compétences culinaires	IV ₂
TABLEAU VI	Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences culinaires.....	IV ₃
TABLEAU VII	Scores moyens et écarts types pour les 9 items de l'échelle de perceptions des compétences situationnelles	IV ₄
TABLEAU VIII	Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences situationnelles	IV ₅
TABLEAU IX	Associations bivariées entre les quatre mesures de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et les variables indépendantes à l'étude.....	IV ₆

Tableau V. Résultats descriptifs pour les 16 items de l'échelle de perceptions des compétences culinaires (n=99)

#	Libellé question : quand je cuisine à la maison, je suis capable...	Moy	E.T.	n
F1 :	Compétences culinaires santé	3,94	0,75	99
C	Réduire les matières grasses dans une recette ou lors de la cuisson des viandes	3,85	1,18	99
H	Faire une soupe maison avec des légumes	4,53	1,01	99
I	Faire des mets avec des légumineuses	3,20	1,71	99
J	Préparer des muffins, desserts maison, de la bannique avec la farine de blé entier	3,93	1,40	99
K	Choisir les techniques de cuisson selon les coupes de viandes commerciales	4,09	0,98	99
M	Inclure plus de produits laitiers à mes recettes	3,66	1,13	99
N	Bien choisir et préparer mes légumes	4,28	0,87	99
O	Bien choisir et préparer mes fruits	4,16	0,87	99
P	Préparer un repas sain avec des pâtes alimentaires	4,28	0,98	99
Q	Préparer un repas sain avec des légumes chaque jour	3,84	0,95	99
R	Mettre de la variété au menu	3,87	1,00	99
S	Préparer un repas sain en moins de 30 minutes	3,66	1,10	99
F2 :	Compétences culinaires générales	3,87	0,78	99
A	Cuisiner sans utiliser de recettes	4,06	1,00	99
B	Apprendre à quelqu'un à se débrouiller pour cuisiner	4,04	0,82	99
E	Changer les ingrédients d'une recette	3,62	1,09	99
F	Inventer un mets avec ce que j'ai sous la main	3,75	1,27	99
Total:	Score moyen (total 16 items)	3,93	0,68	99

Tableau VI. Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions des compétences culinaires (n=99)

#	Facteurs (analyse factorielle : méthode PAF, rotation oblimin; matrice des corrélations de Pearson : 16 items)	N Items	α	Coefficients régression λ		Commu- -nautés
				F1	F2	
F1 : Cuisiner une saine alimentation		12	0,89			
C	Réduire les matières grasses dans une recette ou lors de la cuisson des viandes			0,53	0,03	0,30
H	Faire une soupe maison avec des légumes			0,68	-0,08	0,42
I	Faire des mets avec des légumineuses			0,52	0,09	0,32
J	Préparer des muffins, desserts maison, de la bannique avec la farine de blé entier			0,55	0,13	0,39
K	Choisir les techniques de cuisson selon les coupes de viandes commerciales			0,52	0,25	0,47
M	Inclure plus de produits laitiers à mes recettes			0,60	0,06	0,41
N	Bien choisir et préparer mes légumes			0,75	-0,07	0,52
O	Bien choisir et préparer mes fruits			0,69	0,01	0,48
P	Préparer un repas sain avec des pâtes alimentaires			0,75	0,01	0,57
Q	Préparer un repas sain avec des légumes chaque jour			0,77	-0,07	0,55
R	Mettre de la variété au menu			0,65	0,13	0,53
S	Préparer un repas sain en moins de 30 minutes			0,64	-0,11	0,36
F2 : Compétences culinaires générales		4	0,72			
A	Cuisiner sans utiliser de recettes			-0,08	0,82	0,62
B	Apprendre à quelqu'un à se débrouiller pour cuisiner			-0,01	0,62	0,38
E	Changer les ingrédients d'une recette			0,28	0,50	0,47
F	Inventer un mets avec ce que j'ai sous la main			0,06	0,49	0,27
Global :		16	0,89			

Tableau VII. Résultats descriptifs pour les 9 items de l'échelle de perceptions des compétences situationnelles (n=72)

#	Libellé question : je peux faire de bons choix d'aliments dans les situations suivantes :	Moy	E.T.	n
F1 :	Situations plus difficiles à contrôler	3,56	0,80	72
A	Les fins de semaine	3,75	1,45	99
H	Quand j'ai une rage de manger	3,17	1,42	87
K	Quand mon budget est très serré	3,64	1,03	91
M	Quand je suis dans un foyer à Joliette	3,78	0,94	93
O	Quand je vais au dépanneur	3,39	1,11	92
F2 :	Situations sociales	3,85	0,93	72
F	Quand je mange avec mes amis	4,16	1,15	94
J	Quand il y a des fêtes ou occasions spéciales (makocan)	4,10	1,10	97
N	Quand je suis dans le bois	3,79	1,34	95
R	Quand le repas est préparé par quelqu'un d'autre	3,90	0,96	97
Total :	Score moyen (total 9 items)	3,69	0,73	72

Tableau VIII. Analyse factorielle exploratoire pour l'échelle de perceptions de compétences situationnelles (n=72)

#	Facteurs (analyse factorielle : méthode PAF, rotation oblimin; matrice des corrélations de Pearson :9 items)	N items	α	Coefficients régression λ		Commu- nautés
				F1	F2	
	F3 : Situations difficiles à contrôler	5	0,77			
A	Les fins de semaine			0,54	-0,04	0,31
H	Quand j'ai une rage de manger			0,47	-0,18	0,31
K	Quand mon budget est très serré			0,67	-0,07	0,50
M	Quand je suis dans un foyer à Joliette			0,57	-0,19	0,44
O	Quand je vais au dépanneur			0,85	0,28	0,64
	F4 : Situations sociales agréables	4	0,81			
F	Quand je mange avec mes amis			0,16	-0,39	0,23
J	Quand il y a des fêtes ou occasions spéciales (makocan)			0,04	-0,80	0,67
N	Quand je suis dans le bois			0,24	-0,65	0,59
R	Quand le repas est préparé par quelqu'un d'autre			0,18	-0,80	0,57
	Global :	9	0,83			

Tableau IX. Associations bivariées entre les quatre mesures de perceptions des compétences pour s'alimenter sainement et les variables indépendantes à l'étude*.

Variables	Compétences culinaires santé			Compétences culinaires générales			Compétences dans les situations difficiles			Compétences dans les situations sociales agréables		
	N	Score moyen (ET)	P §	N	Score moyen (ET)	P §	N	Score moyen (ET)	P §	N	Score moyen (ET)	P §
Caractéristiques sociodémographiques des participantes												
Âge												
18-34 ans	39	43,2 (8,2) ^{ab}	0,06	39	15,2 (2,9)	0,60	28	18,2 (3,8)	0,89	33	16,1 (3,2)	0,87
35-44 ans	34	41,8 (9,1) ^a		34	15,3 (3,5)		24	17,8 (3,5)		30	15,6 (3,7)	
45-64 ans	26	46,9 (7,0) ^b		26	16,0 (3,0)		23	17,8 (4,9)		26	15,9 (4,1)	
État matrimonial												
Mariée ou conjoint de fait	81	43,4 (8,1)	0,43	81	15,2 (3,1)	0,05	62	17,7 (4,0)	0,33	74	15,8 (3,2)	0,65
Célibataire, séparée, divorcée, veuve	18	45,1 (9,7)		18	16,8 (3,1)		13	18,9 (4,0)		15	16,3 (5,4)	
Scolarité												
Faible (Primaire ou secondaire non complété)	61	43,4 (8,4)	0,30	61	15,4 (3,1)	0,83	44	17,4 (4,2)	0,33	55	16,2 (3,4) ^a	<0,01
Moyen (Secondaire V, école de métier ou technique)	17	46,3 (8,4)		17	15,9 (3,4)		13	19,3 (3,9)		15	17,5(3,4) ^a	
Élevé (Niveau collégial ou universitaire)	21	42,2 (8,2)		21	15,4 (3,0)		18	18,1 (3,6)		19	13,6 (3,5) ^b	
Compréhension perçue de la langue maternelle												
Très bonne	83	44,4 (8,2)	0,05	83	15,7 (3,1)	0,15	62	18,0 (4,1)	0,77	75	16,2 (3,7)	0,09
Assez bonne	16	40,0 (8,5)		16	14,4 (2,9)		13	17,6 (3,9)		14	14,4 (3,1)	
Santé et habitudes de vie des participantes												
Présence de maladie chronique												
Non	60	42,5 (7,5) ^a	0,01	60	15,2 (2,9)	0,19	44	17,5 (3,4) ^b	0,05	51	15,9 (3,4)	0,91
Connue depuis 5 ans ou moins	20	42,5 (10,0) ^a		20	15,0 (3,1)		14	16,9 (5,1) ^b		19	15,6 (3,8)	
Connue depuis 6 ans ou plus	19	48,7 (8,0) ^b		19	16,6 (3,6)		17	19,9 (4,2) ^a		19	16,2 (4,2)	
Perception de la qualité de son alimentation												
Moyenne ou mauvaise	31	40,7 (8,9)	0,02	31	15,0 (3,1)	0,29	25	16,2 (3,5)	0,01	30	16,0 (3,4)	0,77
Bonne, très bonne ou excellente	68	45,0 (7,8)		68	15,7 (3,1)		50	18,8 (4,0)		59	15,8 (3,8)	
IMC												
Poids normal et embonpoint	31	46,9 (7,8) ^a	0,03	31	15,8 (3,4)	0,38	21	19,4 (4,0) ^a	0,02	27	16,8 (3,3)	0,13
Obésité classe I	21	43,4 (7,8) ^{ab}		21	15,9 (3,3)		17	18,9 (4,1) ^{ab}		18	16,9 (2,7)	
Obésité classe II	23	43,3 ((9,0) ^{ab}		23	15,4 (2,7)		19	17,8 (2,8) ^{ab}		22	14,4 (3,7)	
Obésité classe III	15	38,4 (5,9) ^b		15	14,0 (2,3)		13	16,0 (4,1) ^b		14	15,2 (4,0)	
Valeur manquante (enceinte ou refus)	9	43,1(10,3) ^{ab}		9	15,8 (3,8)		5	14,2 (4,8) ^b		8	15,5 (4,7)	

Fréquence de consommation d'alcool												
Jamais	25	41,4 (8,9)	0,11	25	14,4 (3,2) ^a	0,05	21	17,2 (3,5)	0,28	23	15,9 (3,3)	0,23
Moins d'une fois par mois	27	46,2 (8,8)		27	16,8 (2,7) ^b		18	19,4 (4,1)		23	17,1 (4,1)	
Une fois par mois	18	45,4 (9,5)		18	15,6 (3,7) ^{ab}		13	17,1 (4,3)		15	14,9 (4,0)	
Plus d'une fois par mois	29	42,2 (6,2)		29	15,1 (2,8) ^{ab}		23	17,9 (4,2)		28	15,4 (3,2)	
Fréquence de consommation élevée d'alcool lors d'une même occasion												
Jamais	41	41,7 (7,9) ^a	0,02	41	14,9 (3,1)	0,13	32	17,6 (3,7)	0,69	37	15,6 (3,6)	0,16
Moins d'une fois par mois	25	47,7 (10,5) ^b		25	16,5 (3,9)		19	18,6 (5,5)		22	17,1 (4,3)	
Au moins une fois par mois	33	43,1 (6,1) ^a		33	15,3 (2,3)		24	17,9 (3,1)		30	15,3 (3,0)	
Sécurité alimentaire de la maisonnée												
Connait la sécurité alimentaire	66	44,8 (8,5) ^a	0,04	66	15,4 (3,3) ^{ab}	0,10	48	18,3 (4,2)	0,31	59	16,3 (3,7) ^a	0,08
Connait l'insécurité alimentaire	23	43,0 (7,3) ^b		23	16,3 (2,6) ^a		20	17,7 (3,2)		22	15,7 (2,6) ^{ab}	
Connait l'insécurité alimentaire et touchée par la faim	10	37,7 (7,9) ^b		10	13,7 (3,0) ^b		7	15,9 (4,9)		8	13,2 (4,6) ^b	
Niveau de revenu de la maisonnée **												
Nombre de personnes dans la maison disposant d'un revenu de toutes sources	99	0,09	0,39	99	0,19	0,07	75	0,05	0,70	89	0,04	0,71
Ratio du nombre de personnes dans la maison disposant d'un revenu de toutes sources	99	0,12	0,22	99	0,20	0,05	75	0,12	0,31	89	-0,07	0,54
Ratio du nombre de personnes dans la maison dont les revenus proviennent de l'état	99	0,09	0,37	99	0,17	0,08	75	-0,02	0,89	89	0,03	0,79
Tabagisme dans la maisonnée **												
Nombre total de fumeurs dans la maison	99	0,08	0,40	99	0,23	0,02	75	0,07	0,53	89	0,07	0,50
Ratio du nombre de fumeurs dans la maison	99	0,14	0,16	99	0,29	<0,01	75	0,10	0,38	89	0,04	0,71
Approvisionnement en nourriture de la maisonnée												
Accès aux aliments traditionnels												
Oui	86	43,8 (8,6)	0,67	86	15,5 (3,2)	0,57	63	18,1 (4,1)	0,48	77	16,2 (3,3)	0,02
Non	13	42,8 (8,6)		13	15,0 (2,8)		12	17,1 (3,5)		12	13,6 (3,3)	
Moyen de transport utilisé pour faire l'épicerie												
Véhicule personnel	59	43,8 (8,8)	0,87	59	15,4 (3,4)	0,82	44	17,7 (4,2)	0,55	54	15,3 (3,6)	0,05
Co-voiturage	40	43,5 (7,8)		40	15,5 (2,7)		31	18,3 (3,8)		35	16,8 (3,5)	
Manque de disponibilité invoquée pour ne pas acheter des fruits et légumes frais localement												
Oui	69	44,7 (6,1)	0,07	69	15,5 (3,2)	0,84	48	17,8 (4,4)	0,67	60	16,1 (3,9)	0,34
Non	30	41,4 (6,1)		30	15,4 (3,0)		27	18,2 (3,3)		29	15,3 (2,9)	
Achat de fruits et légumes frais au magasin local												
Oui	12	41,5 (7,7)	0,34	12	15,0 (3,8)	0,59	10	18,3 (3,3)	0,75	11	14,2 (3,4)	0,10
Non	87	44,0 (8,5)		87	15,5 (3,0)		65	17,9 (4,1)		78	16,1 (3,6)	

*Seulement les variables associées à $p < 0,10$ à l'une ou l'autre des quatre variables dépendantes sont présentées pour plus de concision.

**Corrélations de Pearson

§ Les moyennes qui ne partagent pas le même exposant sont significativement différentes.

ANNEXE V

ACCORD ET CONTRIBUTION DES COAUTEURS

Déclaration des coauteurs d'un articleV₂

Contribution des coauteurs.....V₃

DÉCLARATION DES COAUTEURS D'UN ARTICLE

1. Identification de l'étudiante

Geneviève Mercille

M.Sc. Santé communautaire

2. Description de l'article en phase finale de préparation

Auteurs : 1. Mercille, Geneviève

2. Potvin, Louise

3. Receveur, Olivier

Titre : La sécurité alimentaire est associée à l'efficacité personnelle dans la préparation et l'adoption d'une saine alimentation chez des femmes d'une communauté autochtone du Québec, Canada.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Geneviève Mercille inclut cet article dans son mémoire de maîtrise qui a pour titre «Déterminants de l'efficacité personnelle d'une saine alimentation au sein d'une population autochtone au Québec».

[information retirée / information withdrawn]

Coauteur

Signature

2007/08/16
Date

[information retirée / information withdrawn]

Coauteur

Signature

23-8-07
Date

CONTRIBUTION DES COAUTEURS

L'étudiante était la chercheuse principale pour ce projet. Elle a contribué à toutes ses étapes et était responsable pour la conception originale de la recherche, l'élaboration du questionnaire, la collecte des données, la construction et la gestion de la base des données, les analyses statistiques et la rédaction du manuscrit. Par rapport à celle des autres coauteurs, on peut estimer sa contribution à 80% de l'ensemble du projet.

Dr Louise Potvin et Dr Olivier Receveur ont validé les choix méthodologiques, participé et dirigé les analyses statistiques, révisé et édité les versions successives de ce manuscrit.