

Au milieu des années 1970, les experts canadiens de la politique en matière de santé ont publié le Rapport Lalonde, document innovateur et reconnu internationalement, soutenant que le système de santé n'était pas le seul déterminant important de la santé et que d'autres facteurs jouaient un rôle¹. On a commencé à cette époque à qualifier de « mode de vie » les habitudes et les comportements qui influent sur la santé et sont considérés comme le résultat de choix personnels et délibérés. Les facteurs en question incluent, entre autres, l'exercice, l'usage du tabac, la nutrition, le poids et la consommation d'alcool. Les études épidémiologiques visant à quantifier les effets de ces « facteurs de risque modifiables » sur l'évolution d'une myriade de maladies se sont multipliées rapidement et des programmes de promotion de la santé ont été mis en place pour engager les Canadiens à réduire leur apport de matières grasses, à renoncer au tabac et à commencer à faire de l'exercice.

La santé : à prendre ou à laisser!

Récemment, les facteurs qui ont un effet sur la santé ont commencé à être examinés dans une perspective plus vaste. Aujourd'hui, les comportements liés au mode de vie sont considérés non seulement comme des choix individuels, mais aussi comme des comportements influencés par le contexte social, économique, culturel et géographique dans lequel vit la personne. À l'image de cette façon de penser, les initiatives de santé publique visant à améliorer le mode de vie s'adressent de plus en plus à la société dans son ensemble. Par exemple, les stratégies de lutte contre le tabac englobent maintenant des textes législatifs, des mesures fiscales de dissuasion et des interdictions de faire de la publicité.

Si les aspects économique, social et culturel du mode de vie ont un effet important, un autre facteur — le sexe — exerce une influence caractéristique sur les comportements liés à la santé, même si le milieu est le même. Peut-être parce que le processus de socialisation diffère, peut-être à cause de différences biologiques, les hommes et les femmes adoptent des modes de vie nettement différents. Les différences entre les hommes et les femmes se manifestent non seulement dans la propension à adopter certains comportements qui influent sur la santé, mais aussi dans les préoccupations au sujet de la santé ou dans les attitudes à l'égard de celle-ci. La preuve que ces différences existent a des conséquences importantes en ce qui concerne les programmes de santé publique. Les initiatives destinées à réduire les risques modifiables devraient tenir compte des différences entre hommes et femmes quant au niveau de risque, à la perception de ces risques et à la réaction à leur égard.

Nutrition

Aujourd'hui, une « mauvaise alimentation » peut tout aussi bien signifier manger une trop grande quantité de « mauvais » aliments qu'une quantité insuffisante de « bons » aliments. Les régimes riches en calories, en matières grasses, en cholestérol, en sucre et en féculents transformés, et pauvres en fruits et en légumes ont fait l'objet de nombreuses études visant à quantifier leur rôle dans l'évolution de la maladie²⁻⁶. Les travaux de recherche ont aussi porté sur le rôle prétendu des vitamines, du calcium, des fibres, des antioxydants et d'autres nutriment dans la prévention ou le retard de la maladie⁷⁻¹⁰.

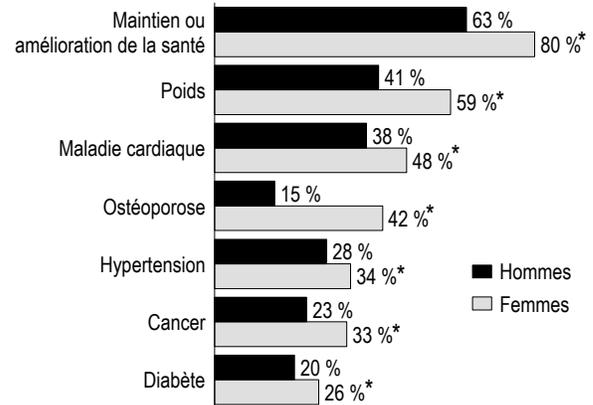
Les femmes se préoccupent souvent plus que les hommes de la nutrition, peut-être parce que ce sont elles qui achètent en grande partie les aliments pour la famille et qui se chargent de préparer les repas. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de tenir compte de leur état de santé général, de leur poids et de certains problèmes de santé ou maladies lorsqu'elles choisissent leurs aliments.

En effet, les femmes se préoccupent plus que les hommes de maintenir ou d'améliorer leur santé grâce au choix d'aliments appropriés : 80 % contre 63 %, respectivement. Le comportement à l'égard de la teneur en nutriment particuliers reflète cette différence entre les hommes et les femmes. Par exemple, une plus forte proportion de femmes disent vérifier la teneur en matières grasses, en cholestérol et en calories lorsqu'elles choisissent des aliments. Les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes de tenir compte de la teneur en fibres, en calcium, en fer, en sel, en sucre ou en vitamines et autres minéraux.

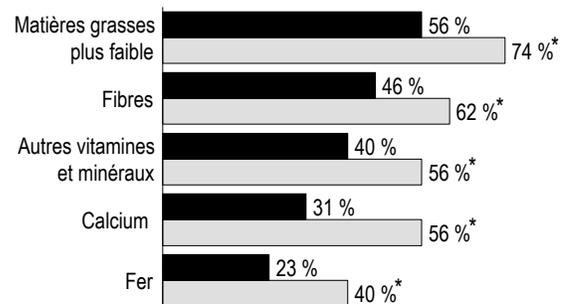
Dans la société actuelle, tout le monde sait qu'il existe un lien entre la consommation excessive de certains aliments et l'embonpoint. Néanmoins, l'examen des données sur le poids et sur le choix des aliments révèlent des écarts importants entre les hommes et les femmes. Alors que 59 % de femmes pensent à leurs poids quand elles choisissent des aliments, seulement 41 % d'hommes en font de même. Qui plus est, les hommes qui présentent effectivement un surpoids (indice de masse

Choix des aliments, population de 15 ans et plus, selon la raison qui pousse à choisir ou à éviter certains aliments, 1998-1999

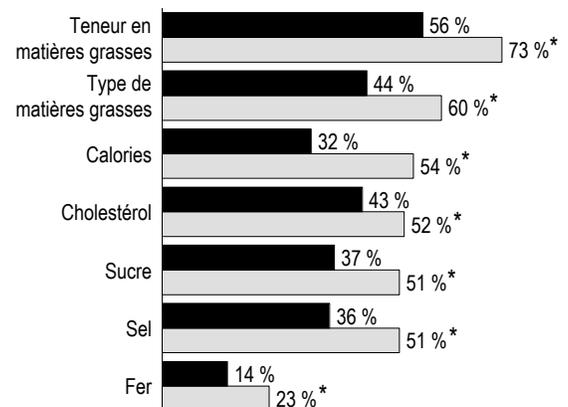
% de personnes qui choisissent ou évitent certains aliments par souci de :



% de personnes qui choisissent certains aliments à cause de leur teneur en :



% de personnes qui évitent certains aliments à cause de :



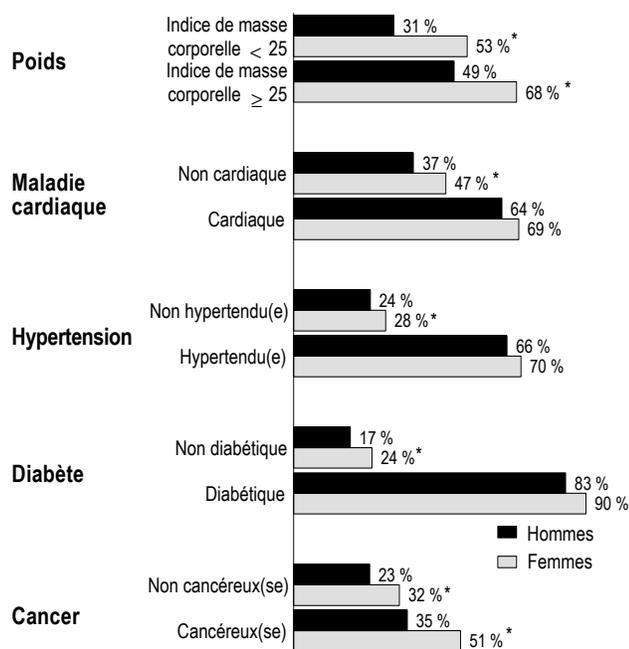
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

corporelle égal ou supérieur à 25) sont moins susceptibles que les femmes présentant un surpoids comparable de se préoccuper du choix de leurs aliments et de son effet sur leur poids. Puisqu'une plus forte proportion d'hommes que de femmes ont un excès de poids (voir « Indice de masse corporelle »), cette différence d'attitude en ce qui concerne le choix des aliments pourrait tenir moins au risque réel qu'aux valeurs sociétales qui déprécient davantage les femmes que les hommes qui font de l'embonpoint.

Les données de l'ENSP montrent aussi que la crainte de souffrir de problèmes de santé chroniques influence plus le choix des aliments des femmes que celui des hommes. Ainsi, 48 % de femmes, mais seulement 38 % d'hommes, s'inquiètent de la maladie cardiaque. De même, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de penser à

Population de 15 ans et plus présentant et ne présentant pas certains problèmes de santé chroniques, selon la raison du choix ou du rejet de certains aliments, 1998-1999

Choix ou rejet de l'aliment par crainte des problèmes suivants :



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

l'ostéoporose, à l'hypertension, au cancer ou au diabète lorsqu'elles choisissent leurs aliments. C'est pour l'ostéoporose que la différence est la plus marquée, fait qui n'est pas étonnant puisque les femmes courent un plus grand risque que les hommes d'être atteintes de cette maladie.

Cependant, si l'on pousse plus loin l'analyse des préoccupations nutritionnelles et de la sélection des aliments, de façon à comparer le comportement des hommes et des femmes chez lesquels on a effectivement diagnostiqué certains problèmes de santé chroniques à celui des hommes et des femmes chez lesquels on n'a pas posé ce genre de diagnostic, la plupart des écarts significatifs entre les sexes disparaissent. C'est le cas notamment pour les personnes cardiaques, hypertendues ou diabétiques, et ce, quoique l'absence d'efficacité statistique puisse être à l'origine de la perte des écarts significatifs. Cependant, les hommes pourraient, dans une certaine mesure, n'être aussi enclins que les femmes à penser aux conséquences du choix de leurs aliments que si l'on diagnostique chez eux un problème de santé grave. Les hommes atteints d'un cancer représentent une exception notable : 35 % d'hommes atteints d'un cancer disent tenir compte de leur maladie lorsqu'ils choisissent leurs aliments, proportion nettement plus faible que celle observée pour les femmes dans la même situation (51 %).

Selon ces résultats, les femmes sont généralement plus portées que les hommes à penser aux effets du choix des aliments sur la santé. Pour de nombreuses maladies, on ne comprend pas pleinement dans quelle mesure les facteurs alimentaires contribuent au risque. En revanche, pour l'obésité, le diabète et certaines formes de cancer, comme le cancer du côlon et du rectum et le cancer de l'estomac, le rôle du régime alimentaire est bien établi et le fait que les femmes accordent une plus grande importance aux facteurs nutritionnels pourrait expliquer en partie la prévalence plus faible de ces affections chez ces dernières^{11, 12}.

Vitamines

Certaines personnes prennent des vitamines dans l'espoir de prévenir la maladie et d'autres pour maintenir un bon état de santé. En fait, l'usage de

ces suppléments est assez commun, particulièrement chez les femmes.

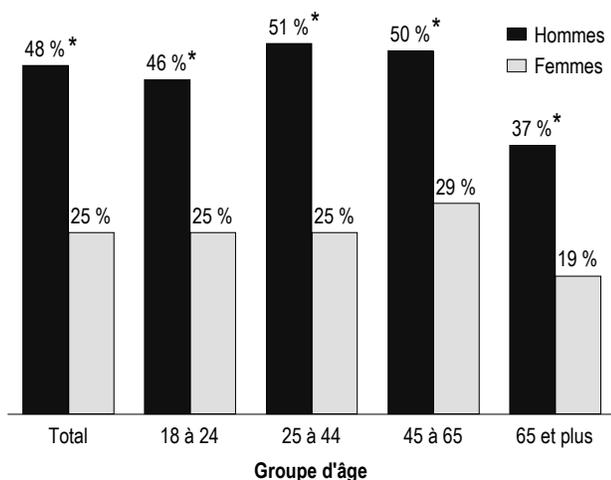
En 1998-1999, environ 4 Canadiens de 15 ans et plus sur 10 ont dit avoir pris des vitamines le mois précédent : 47 % de femmes et 34 % d'hommes. Alors que la consommation de vitamines fluctuait peu selon l'âge chez les hommes, elle augmentait avec l'âge chez les femmes. Dans le groupe des 45 à 64 ans, plus de la moitié des femmes, mais seulement le tiers environ des hommes, prenaient des vitamines.

Comme les suppléments vitaminiques représentent habituellement une dépense non remboursée, il n'est pas surprenant que leur consommation augmente parallèlement au revenu du ménage. Néanmoins, pour chaque niveau de revenu, une proportion nettement plus élevée de femmes que d'hommes ont dit avoir pris récemment des vitamines.

Consommation d'alcool

Selon certaines études, la consommation régulière, modérée, d'alcool n'est pas nécessairement nuisible pour la santé et pourrait même avoir certains effets bienfaisants¹³⁻¹⁵.

Consommation d'alcool au moins une fois par semaine, population de 18 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



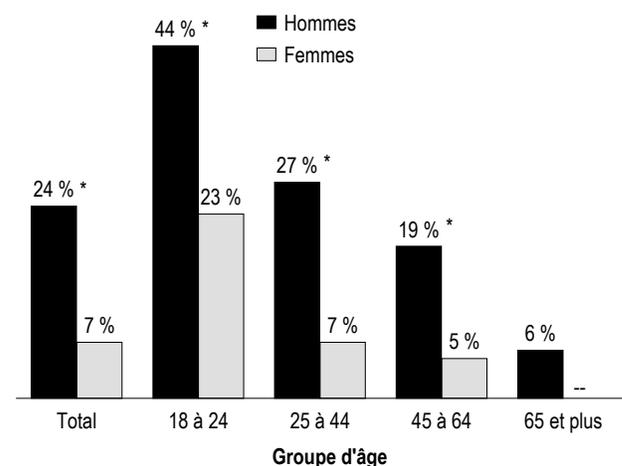
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Environ le tiers des Canadiens de 18 ans et plus consomment de l'alcool au moins une fois par semaine. Cependant, les habitudes de consommation d'alcool des hommes et des femmes sont fort différentes. Les hommes sont presque deux fois plus susceptibles que les femmes de consommer hebdomadairement de l'alcool. En 1998-1999, presque la moitié des hommes de 18 ans et plus, mais seulement le quart des femmes du même âge, ont dit prendre au moins un verre par semaine. C'est pour le groupe des 25 à 64 ans que la consommation hebdomadaire d'alcool est la plus fréquente et chez les personnes âgées qu'elle l'est le moins. Cependant, dans tous les groupes d'âge, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes ont dit consommer de l'alcool hebdomadairement.

La proportion de personnes qui consomment de l'alcool régulièrement augmente avec le revenu du ménage, constatation qui reflète sans doute la variation du revenu disponible. Les personnes qui appartiennent à la catégorie supérieure de revenu sont plus de deux fois plus susceptibles de consommer de l'alcool hebdomadairement que celles qui appartiennent à la catégorie inférieure de

Abus d'alcool† au moins une fois par mois, population de 18 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Au moins 5 verres en une seule occasion.

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

revenu : 44 % comparativement à 21 %, respectivement. Cependant, qu'ils appartiennent à la catégorie de revenu inférieure, moyenne ou supérieure, les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool hebdomadairement.

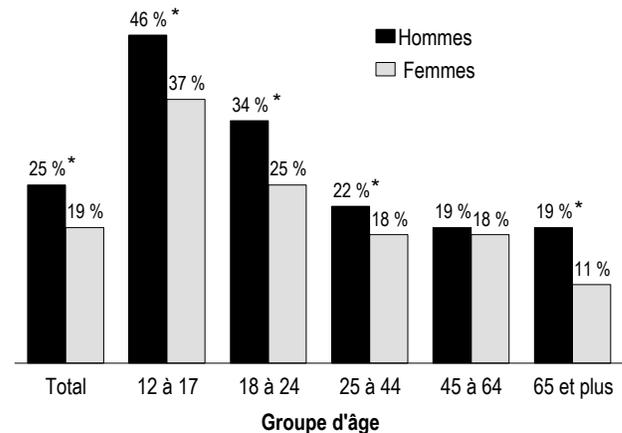
Si la consommation modérée d'alcool n'est pas considérée comme un risque pour la santé, l'abus périodique d'alcool est une tout autre question. L'abus d'alcool, défini comme étant la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion, est beaucoup plus courant chez l'homme que chez la femme. Presque un homme sur quatre (24 %) a dit abuser de l'alcool au moins une fois par mois; comparativement, 7 % de femmes ont fait la même déclaration. En outre, 9 % d'hommes, mais 2 % de femmes seulement, ont dit abuser de l'alcool au moins une fois par semaine. L'abus périodique d'alcool est fortement lié à l'âge, particulièrement chez l'homme. Pour le groupe des 18 à 24 ans, au moins 44 % d'hommes, mais seulement 23 % de femmes, abusaient de l'alcool au moins une fois par mois. À mesure que l'âge augmente, l'abus d'alcool devient moins fréquent, mais l'écart marqué entre les hommes et les femmes persiste.

Activité physique

L'exercice régulier est bienfaisant pour la santé tant physique que mentale¹⁶⁻¹⁸. Les personnes qui font de l'exercice sont moins vulnérables que les autres à plusieurs problèmes de santé chroniques et aux problèmes émotionnels¹⁹.

Si l'on se fonde sur la dépense d'énergie et sur le temps consacré aux activités, en 1998-1999, au Canada, 22 % de personnes de 12 ans et plus vivant à domicile s'adonnaient à des activités physiques vigoureuses durant leurs loisirs. Afin de dépenser suffisamment d'énergie pour être considérée comme vigoureusement active, une personne doit, par exemple, chaque jour marcher pendant une heure, faire de la bicyclette pendant 45 minutes ou jogger pendant 20 minutes. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de s'adonner à un exercice vigoureux, tendance que l'on observe pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 45 à 64 ans.

Personnes de 12 ans et plus qui s'adonnent à une activité physique vigoureuse durant les loisirs, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

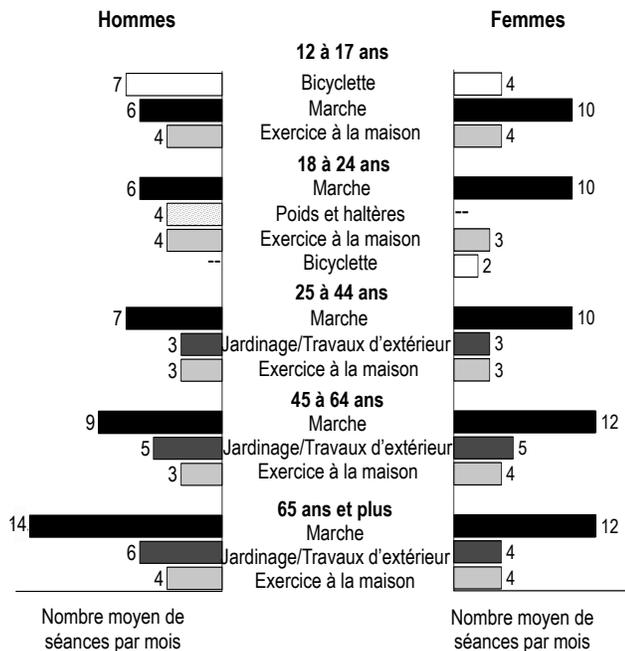
Marcher est de loin l'activité physique durant les loisirs la plus populaire au Canada. En 1998-1999, globalement, les personnes de 12 ans et plus ont fait, en moyenne, 10 promenades par mois : pour les hommes, la moyenne était de 8 et pour les femmes, de 11. (Ces chiffres reflètent les moyennes annuelles; les activités et les fréquences peuvent varier selon la saison.) La fréquence des promenades augmente avec l'âge, passant de 7 par mois pour les 12 à 17 ans à 13 pour les personnes âgées. En général, les femmes marchent plus fréquemment que les hommes pour faire de l'exercice, sauf dans le cas des aînés.

Les cinq principales activités physiques durant les loisirs, population de 12 ans et plus, 1998-1999

	Hommes	Femmes
	Nombre moyen de séances par mois	Nombre moyen de séances par mois
Marche	8	11
Jardinage/Travaux à l'extérieur	3	4
Exercice à la maison	3	3
Bicyclette	2	1
Poids et haltères	2	1

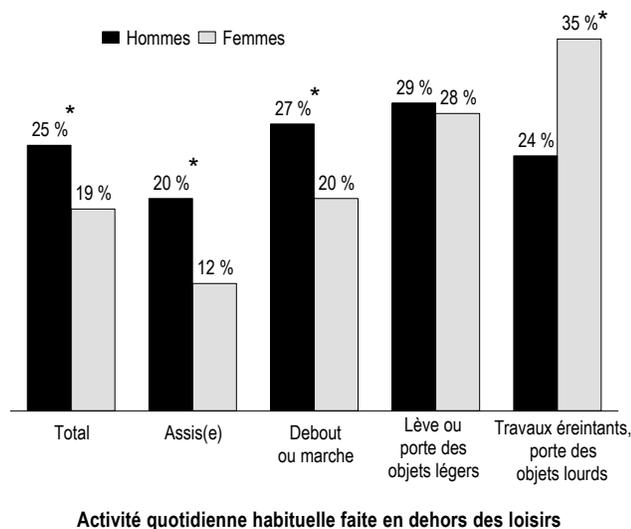
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nombre moyen de séances par mois, principales activités physiques durant les loisirs, population de 12 ans et plus, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 -- Ne figure pas parmi les trois principales activités physiques durant les loisirs

Population de 12 ans et plus qui s'adonne à une activité physique vigoureuse durant les loisirs, selon l'activité quotidienne habituelle faite en dehors des loisirs, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Chez les femmes, la deuxième activité physique la plus courante est l'exercice à la maison qui comprend des séances d'exercice sur bicyclette stationnaire, machine à ramer ou marche-pieds d'exercice, par exemple, et l'utilisation de programmes télévisés ou enregistrés sur bandes vidéo. Le jardinage et les travaux à l'extérieur viennent en troisième place, suivis par la natation, puis la bicyclette. Dans le cas des hommes, le jardinage et les travaux à l'extérieur occupent la deuxième place et l'exercice à la maison, la troisième. Vient ensuite la bicyclette, en quatrième position, avant les poids et haltères, qui sont la cinquième forme principale d'exercice chez l'homme.

Comme il faut s'y attendre, l'activité physique durant les loisirs varie selon l'âge. Faire de la bicyclette est l'activité qui vient en première place pour les adolescents et en deuxième pour les adolescentes. Chez les jeunes adultes (18 à 24 ans), marcher pour faire de l'exercice est l'activité mentionnée le plus fréquemment par les membres des deux sexes, mais la deuxième place va aux poids et haltères pour les hommes et à l'exercice à la maison pour les femmes. Chez les personnes plus âgées, marcher est l'activité physique de premier choix, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Viennent ensuite l'exercice à la maison, puis le jardinage et les travaux à l'extérieur.

Le niveau d'activité varie selon le revenu. Les personnes classées dans la catégorie supérieure de revenu du ménage sont plus susceptibles que les autres d'être vigoureusement actives. Néanmoins, pour chaque niveau de revenu du ménage, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes s'adonnent à des activités vigoureuses durant leurs loisirs.

Les loisirs ne représentent qu'une partie de la dépense énergétique totale d'une personne. Le travail rémunéré ou les tâches ménagères peuvent aussi imposer une demande physique. Cependant, presque le quart des personnes de 12 ans et plus ont dit qu'être « assises » décrit le mieux leurs activités quotidiennes faites en dehors des loisirs. Un peu moins de la moitié ont dit être souvent debout ou en train de marcher et 20 % ont dit lever ou transporter habituellement des objets légers. Une

petite minorité — 6 % —faisaient habituellement du travail exténuant. Naturellement, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes (9 % contre 2 %) étaient dans cette situation.

Même chez les personnes dont la routine quotidienne consistait principalement à être assises, une plus forte proportion d'hommes que de femmes s'adonnaient à des activités vigoureuses durant leurs loisirs, et cela pour toutes les personnes de 25 ans et plus. Ainsi, chez les personnes dont les activités quotidiennes étaient un peu plus éreintantes (typiquement, être debout ou en train de marcher), une plus forte proportion d'hommes que de femmes faisaient de l'exercice vigoureux durant leurs loisirs. En revanche, les quelques femmes qui faisaient des travaux éreintants étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de s'adonner à des activités vigoureuses durant leurs loisirs (35 % contre 24 %).

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle, ou IMC, est utilisé couramment pour déterminer si le poids d'une personne se trouve dans une fourchette saine (voir *Association du poids, de l'exercice et de l'usage du tabac à la maladie*). Pour le calculer, on divise le poids, exprimé en kilos, par le carré de la taille exprimée en mètres. On ne calcule pas systématiquement l'IMC pour les adolescents, car leur poids peut changer considérablement à l'âge adulte, ni pour les personnes âgées, dont le rapetissement peut rendre la mesure invalide. Néanmoins, dans le présent rapport, comme dans de nombreux autres, l'IMC est calculé pour toutes les personnes de 15 ans et plus, sauf les femmes enceintes.

En 1998-1999, au Canada, la taille moyenne des femmes était de 1,62 mètres (5 pieds 4 pouces) et leur poids moyen était de 65,1 kilos (144 livres). En moyenne, les hommes mesuraient 1,76 mètre (5 pieds 9 pouces) et pesaient 80,4 kilos (177 livres). L'IMC de la femme de corpulence moyenne était de 24,7 et celui de l'homme de corpulence moyenne, de 25,8.

Les catégories d'IMC établies par l'Organisation mondiale de la santé sont : 18,5 et moins (poids insuffisant), de 18,6 à 24,9 (poids normal), de 25,0 à 29,9 (embonpoint ou surpoids), et 30 et plus

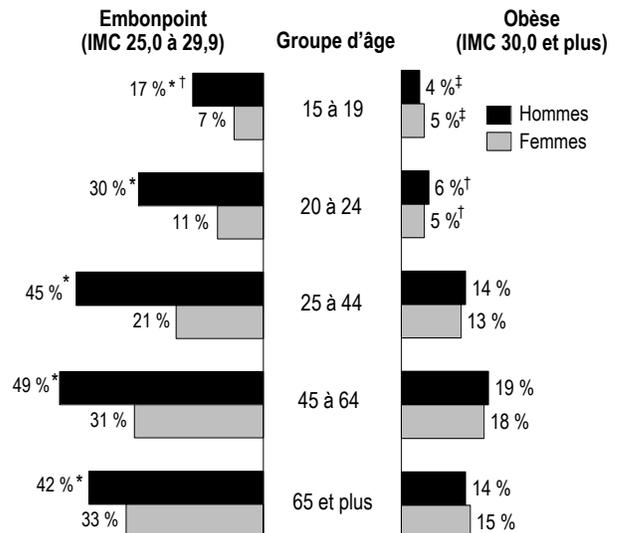
(obésité). Selon cette norme internationale, en 1998-1999, environ la moitié des Canadiens de 15 ans et plus avaient un poids normal et 3 % seulement avaient un poids insuffisant. Presque le tiers faisaient de l'embonpoint et 14 % étaient obèses.

Quoique les hommes soient plus susceptibles que les femmes d'être physiquement actifs, une plus forte proportion d'hommes (42 %) que de femmes (24 %) faisaient de l'embonpoint. De surcroît, même si la prévalence de l'embonpoint a tendance à augmenter avec l'âge chez les deux sexes, pour chaque groupe d'âge, une plus forte proportion d'hommes que de femmes présentaient un surpoids.

Quel que soit l'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un poids normal. Et, de 15 à 44 ans, une plus forte proportion de femmes que d'hommes présentent une insuffisance pondérale.

En ce qui concerne la catégorie des obèses, on ne note aucune différence entre les sexes : 14 % d'hommes et de femmes. La probabilité d'être obèse varie selon l'âge : de moins de 5 % pour le groupe des 15 à 19 ans, elle passe par un sommet de plus de

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui faisait de l'embonpoint ou qui était obèse, selon le groupe d'âge, 1998-1999

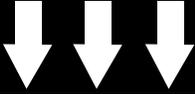


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

‡ Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Association du poids, de l'exercice et de l'usage du tabac à la maladie

Tant chez l'homme que chez la femme, il a été établi qu'il existe un lien entre certains facteurs liés au mode de vie, comme un IMC élevé, l'inactivité physique ou l'usage du tabac, et l'incidence plus forte de nombreux problèmes de santé chroniques et du décès prématuré²⁰⁻²⁴. De même, l'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) recueillies auprès de personnes de 18 ans et plus suivies au fil du temps indique qu'il existe une association significative entre certains facteurs du mode de vie déclarés en 1994-1995 et le diagnostic subséquent de certains problèmes de santé chroniques. L'association avec le poids, le niveau d'activité physique durant les loisirs et l'usage du tabac persiste même si l'on tient compte des effets de l'âge et du statut socioéconomique, deux facteurs liés à la manifestation de la plupart des maladies chroniques.

Naturellement, les quatre années durant lesquelles ces personnes ont été suivies jusqu'à présent ne reflètent pas nécessairement l'intervalle complet entre le début de l'exposition à un facteur de risque et le diagnostic de la maladie. Dans de nombreux cas, les caractéristiques mentionnées en 1994-1995 existaient probablement depuis un certain temps.

Selon des études antérieures, l'excès de poids est lié à des problèmes de santé qui mettent la vie en danger, comme la maladie cardiaque, le diabète de type II, certaines formes de cancer et l'accident vasculaire cérébral²⁵. Un lien a également été établi avec certains problèmes de santé chroniques, comme l'hypertension et l'arthrite.

Les données de l'ENSP s'inscrivent dans l'esprit des rapports antérieurs reliant l'embonpoint ou l'obésité à la manifestation de nombreuses maladies. L'association s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme. Même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool, du niveau d'activité physique et du stress personnel, la cote exprimant le risque que l'on pose le diagnostic d'arthrite au cours des quatre années suivantes est 1,6 fois plus élevée pour les hommes qui faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses en 1994-1995 que pour ceux dont le poids était normal. En outre, la cote exprimant le risque de faire de l'hypertension ou de souffrir d'une maladie cardiaque durant la période susmentionnée est 1,8 fois plus élevée, et la cote exprimant le risque que l'on pose le diagnostic de diabète est 3,8 fois plus élevée.

Comparativement aux femmes de poids normal, la cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic d'arthrite, d'hypertension, de migraine ou d'asthme entre 1994-1995 et 1998-1999 est environ une fois et demie

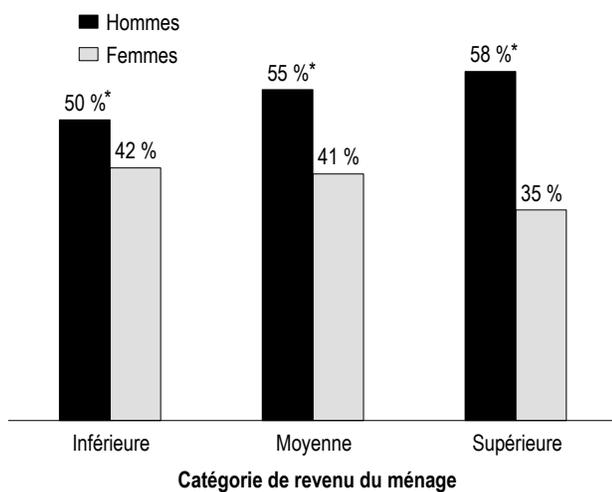
plus élevée pour les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses, et la cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic de diabète, 5,2 fois plus élevée.

Malgré l'association entre le poids et la manifestation subséquente de la maladie, les personnes qui font de l'embonpoint pourraient réduire le risque de souffrir de certains problèmes de santé en se maintenant en bonne condition physique. Ainsi, pour les hommes faisant de l'embonpoint ou obèses qui ont dit s'adonner à des activités physiques d'intensité au moins modérée durant leurs loisirs en 1994-1995, la cote exprimant le risque que l'on pose le diagnostic de maladie cardiaque au cours des quatre années suivantes est nettement moins élevée (0,5) que pour ceux dont le niveau d'activité était faible. De surcroît, selon une étude réalisée récemment aux États-Unis, le risque de mortalité est plus élevé pour les hommes en mauvaise condition physique dont le poids tombe dans la fourchette des poids sains que pour les hommes présentant un surpoids (IMC $\geq 27,8$) mais en bonne condition physique²⁶. Cependant, les données de l'ENSP ne témoignent aucunement de ces résultats (IMC $\geq 25,0$).

Naturellement, l'usage du tabac est lié au diagnostic subséquent de maladies respiratoires et cardiovasculaires, ainsi que d'autres problèmes de santé chroniques. Si l'on tient compte des effets de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de la consommation d'alcool, du niveau d'activité physique, de l'indice de masse corporelle et du stress personnel, la cote exprimant le risque que l'on ait diagnostiqué une bronchite (2,4) ou une maladie cardiaque (2,2) entre 1994-1995 et 1998-1999 est plus de deux fois plus élevée pour les hommes qui fumaient quotidiennement en 1994-1995 que pour ceux qui n'avaient jamais fumé quotidiennement. Et la cote exprimant le risque d'avoir déclaré un diagnostic récent d'arthrite ou de maux de dos est une fois et demie plus élevée pour les hommes qui fumaient quotidiennement que pour ceux qui ne l'avaient jamais fait.

Comparativement aux femmes qui n'avaient jamais fumé quotidiennement, celles qui fumaient quotidiennement en 1994-1995 avaient une cote 1,8 fois plus élevée que l'on ait posé le diagnostic d'asthme et 3,3 fois plus élevée que l'on ait posé le diagnostic de bronchite chronique ou d'emphysème en 1998-1999. En outre, la cote exprimant le risque que l'on ait diagnostiqué une hypertension (1,5) ou de l'arthrite (1,8) est plus élevée pour les femmes qui étaient des fumeuses invétérées (au moins 20 cigarettes par jour) que pour celles qui n'avaient jamais fumé quotidiennement.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui faisait de l'embonpoint ou qui était obèse, selon la catégorie de revenu du ménage, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

18 % pour le groupe des 45 à 64 ans, puis baisse pour atteindre 15 % environ chez les personnes âgées.

L'analyse de l'IMC en fonction du revenu du ménage montre que, pour toutes les catégories de revenu, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes font de l'embonpoint ou sont obèses. En outre, alors que la proportion de femmes faisant de l'embonpoint diminue à mesure que le revenu du ménage augmente, l'inverse se produit pour les hommes. Par conséquent, c'est pour la catégorie supérieure de revenu que l'écart entre les proportions d'hommes et de femmes faisant de l'embonpoint est le plus important.

Usage du tabac

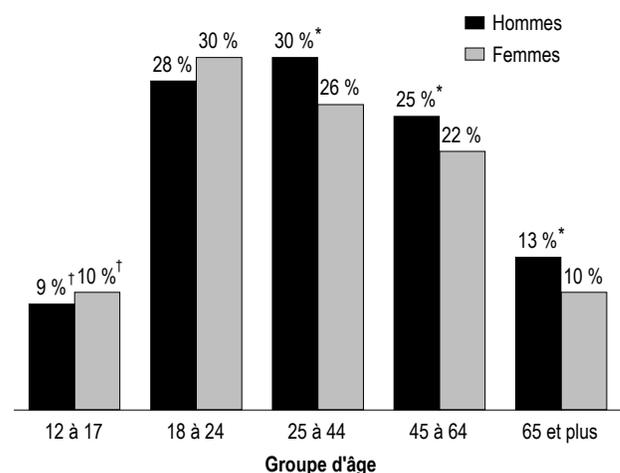
Le succès limité des campagnes énergiques de lutte contre le tabac est sans aucun doute l'un des problèmes de santé publique les plus inquiétants observés ces dernières décennies. L'usage du tabac est généralement reconnu comme la cause importante de décès et de maladies évitables. Cause principale du cancer du poumon, il augmente aussi le risque d'être atteint d'autres formes de cancer et

de maladies cardiovasculaires et respiratoires. Néanmoins, en 1998-1999, 23 % de Canadiens de 12 ans et plus, c'est-à-dire environ 5,7 millions de personnes, fumaient des cigarettes quotidiennement. La proportion d'hommes qui fumaient (24 %) était plus élevée que la proportion de femmes (21 %). Cependant, chez les adolescents et les jeunes adultes, (groupes des 12 à 17 ans et des 18 à 24 ans), les filles étaient aussi susceptibles de fumer que les garçons.

Alors que les effets nocifs du tabac sont bien connus, 6 % de non-fumeurs de 12 ans et plus ont commencé à fumer dans l'intervalle entre 1994-1995 et 1998-1999. Une proportion légèrement, mais significativement, plus élevée d'hommes (7 %) que de femmes (5 %) ont commencé à fumer durant cette période.

Les adolescents représentent le groupe d'âge pour lequel la probabilité d'avoir commencé à fumer est la plus forte : le cinquième (21 %) des adolescents de 12 à 17 ans qui ne fumaient pas en 1994-1995 fumaient en 1998-1999. L'écart entre les proportions de garçons et de filles de ce groupe d'âge qui ont

Pourcentage de la population de 12 ans et plus qui fumait, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

commencé à fumer n'est pas significatif. Qui plus est, 72 % de jeunes de 12 à 17 ans qui fumaient en 1994-1995 continuaient à fumer en 1998-1999. Pour les fumeurs du groupe des jeunes adultes de 18 à 24 ans, la proportion correspondante est de 66 %. Ces chiffres déconcertants indiquent que ni les efforts éducatifs, ni les campagnes publicitaires, ni les mesures législatives n'ont réussi à décourager un nombre considérable de jeunes gens de fumer.

Pour les fumeurs, tous âges confondus, l'écart entre les proportions d'hommes (24 %) et de femmes (27 %) qui ont cessé de fumer entre 1994-1995 et 1998-1999 n'est pas significatif.

La prévalence de l'usage du tabac varie fortement selon le revenu. Les membres des ménages classés dans la catégorie inférieure de revenu étaient près de deux fois plus susceptibles d'être des fumeurs (30 %) que les membres des ménages de la catégorie supérieure de revenu (16 %). En revanche, la possibilité de commencer à fumer ou de renoncer au tabac ne varie pas selon le revenu.

Mot de la fin

Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les hommes et les femmes adoptent des comportements différents en ce qui concerne plusieurs facteurs liés à la santé. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de choisir leurs aliments en pensant aux effets de ceux-ci sur la santé, à prendre des vitamines régulièrement et à avoir un poids normal pour leur taille. Elles sont également moins susceptibles de fumer ou d'abuser périodiquement de l'alcool. Cependant, sauf celles qui accomplissent des tâches éreintantes au travail, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de s'adonner à des activités physiques vigoureuses durant leurs loisirs.

Les habitudes et le mode de vie varient selon le revenu, la probabilité d'adopter un comportement sain étant généralement plus forte chez les personnes les mieux nanties. (Le profil de l'embonpoint chez l'homme, dont la prévalence augmente parallèlement à la catégorie de revenu, représente une exception importante.) Cependant, pour la plupart des facteurs, on note des écarts significatifs entre hommes et femmes, indépendamment de la

catégorie de revenu. Ces résultats donnent à penser qu'outre le statut socioéconomique, il s'exerce sur les comportements liés à la santé des influences qui touchent différemment les hommes et les femmes. Dans un contexte social donné, les hommes et les femmes réagissent vraisemblablement différemment à des influences analogues. Ainsi, les femmes attachent sans doute une plus grande importance au poids, tandis que les hommes sont probablement plus portés à s'adonner à des activités physiques et à consommer régulièrement de l'alcool.

Références

1. Ministère de la Santé et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social, 1974.
2. J.H. LaRosa, D.M. Becker et S. Fitzgerald, « Elevated blood cholesterol—a risk factor for coronary heart disease », *AAOHN Journal*, 38(5), 1990, p. 211-215.
3. M.J. Stampfer, F.B. Hu, J.E. Manson *et al.*, « Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle », *The New England Journal of Medicine*, 343(1), 2000, p. 16-22.
4. K.L. Morris et M.B. Zemel, « Glycemic index, cardiovascular disease, and obesity », *Nutrition Reviews*, 57(9), 1999, p. 273-276.
5. B.D. Cox, M.J. Whichelow et A.T. Prevoost, « Seasonal consumption of salad vegetables and fresh fruit in relation to the development of cardiovascular disease and cancer », *Public Health Nutrition*, 3(1), 2000, p. 19-29.
6. P. van't Veer, M.C. Jansen, M. Klerk *et al.*, « Fruits and vegetables in the prevention of cancer and cardiovascular disease », *Public Health Nutrition*, 3(1), 2000, p. 103-107.
7. R. Jorde et K.H. Bonna, « Calcium from dairy products, vitamin D intake, and blood pressure: the Tromso Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(6), 2000, p. 1530-1535.
8. A.C. Carr et B. Frei, « Toward a new recommended dietary allowance for vitamin based on antioxidant and health effects in humans », *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 69(6), p. 1086-1107.
9. I.M. Lee, « Antioxidant vitamins in the prevention of cancer », *Proceedings of the Association of American Physicians*, 111(1), 1999, p. 10-15.
10. D.R. Jacobs, L. Marquart, J. Slavin *et al.*, « Whole-grain intake and cancer: an expanded review and meta-analysis », *Nutrition and Cancer*, 30(2), 1998, p. 85-96.
11. L. Gibbons, C. Waters, L. Ellison *et al.*, « Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité », *Rapports sur la santé*, 12(2), 2001, p. 47-62 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

12. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.
13. D. Feskanich, S.A. Korrick, S.L. Greenspan *et al.*, « Moderate alcohol consumption and bone density among postmenopausal women », *Journal of Women's Health*, 8(1), 1999, p. 65-73.
14. J.M. Gaziano, T.A. Gaziano, R.J. Glynn *et al.*, « Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort », *Journal of the American College of Cardiology*, 35(1), 2000, p. 96-105.
15. R.G. Hart, L.A. Pearce, R. McBride *et al.*, « Factors associated with ischemic stroke during aspirin therapy in atrial fibrillation: analysis of 2012 participants in the SPAF I-III clinical trials. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) Investigators », *Stroke*, 30(6), 1999, p. 1223-1229.
16. W. Drygas, T. Kostka, A. Jagier *et al.*, « Long-term effects of different physical activity levels on coronary heart disease risk factors in middle-aged men », *International Journal of Sports Medicine*, 21(4), 2000, p. 235-241.
17. K.R. Fox, « The influence of physical activity on mental well-being », *Public Health Nutrition*, 2(3A), 1999, p. 411-418.
18. H.D. Sesso, R.S. Paffenbarger et I.M. Lee, « Physical activity and coronary heart disease in men: The Harvard Alumni Health Study », *Circulation*, 102(9), 2000, p. 975-980.
19. J. Chen et W.J. Millar, « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 21-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. E.E. Calle, M.J. Thun, J.M. Petrelli *et al.*, « Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults », *The New England Journal of Medicine*, 341(15), 1999, p. 1097-1105.
21. L. Meng, G. Maskarinec, J. Lee *et al.*, « Lifestyle factors and chronic diseases: Application of a composite risk index », *Preventive Medicine*, 29(4), 1999, p. 296-304.
22. R. Luoto, R. Prättälä, A. Uutela *et al.*, « Impact of unhealthy behaviors on cardiovascular mortality in Finland, 1978-1993 », *Preventive Medicine*, 27(1), 1998, p. 93-100.
23. M.A. Davis, J.M. Neuhaus, D.J. Moritz *et al.*, « Health behaviors and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES 1 Epidemiologic Follow-up Study », *Preventive Medicine*, 23(3), 1994, p. 369-376.
24. T. Uhlig, K.B. Hagen et T.K. Kvien, « Current tobacco smoking, formal education, and the risk of rheumatoid arthritis », *The Journal of Rheumatology*, 26(1), 1999, p. 47-54.
25. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 33-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
26. C.D. Lee, A.S. Jackson et S.N. Blair, « US weight guidelines: Is it also important to consider cardiorespiratory fitness? », *International Journal of Obesity*, 22 (suppl. 2), 1998, p. S2-S7.

