

O bésité chez les adultes

Michael Tjepkema

Résumé

Objectifs

Dans la présente étude, on s'appuie sur des mesures directes de la taille et du poids afin de comparer la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus en 1978-1979 et en 2004. La prévalence selon les facteurs démographiques, socioéconomiques et ceux liés au mode de vie est décrite, ainsi que les associations entre l'obésité et certains problèmes de santé chroniques. Les données canadiennes et américaines sont également comparées.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 et des Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, réalisées de 1986 à 1992. Les données américaines sont tirées de la National Health and Nutrition Examination Survey de 1999-2002.

Techniques d'analyse

On a utilisé des statistiques descriptives afin d'estimer la proportion d'adultes qui étaient obèses en 2004 en fonction de certains facteurs. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour établir le lien entre l'obésité et l'hypertension, le diabète et la maladie cardiaque, en tenant compte des effets du statut socioéconomique et d'autres facteurs de risque, comme l'usage du tabac et l'activité physique.

Principaux résultats

En 2004, 23 % des adultes, soit 5,5 millions de personnes de 18 ans et plus, étaient obèses, ce qui représente une hausse considérable par rapport au taux de 14 % observé en 1978-1979. Une proportion supplémentaire de 36 % (8,6 millions de personnes) faisaient de l'embonpoint. Les personnes obèses avaient tendance à être sédentaires durant leurs loisirs et à manger peu souvent des fruits et des légumes. La probabilité qu'une personne déclare être hypertendue, diabétique ou cardiaque augmente selon l'indice de masse corporelle (IMC).

Mots-clés

Poids corporel, indice de masse corporelle, comportement influant sur la santé, mode de vie.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25, avenue St. Clair E., Toronto (Ontario) M4T 1M4.

La proportion de Canadiens qui sont obèses ou qui font de l'embonpoint a augmenté de façon spectaculaire ces dernières années, un phénomène qui se reflète à l'échelle mondiale¹⁻⁴. Les répercussions de l'excès de poids sur la santé sont bien connues. En effet, il constitue un facteur de risque de diabète de type 2, de maladie cardiovasculaire, d'hypertension, d'arthrose, de certaines formes de cancer et de maladie de la vésicule biliaire⁵⁻⁷. Des problèmes psychosociaux, des limitations fonctionnelles et des incapacités sont également associés à l'embonpoint ou à l'obésité^{5,8}.

Pendant plus d'une décennie, les données sur le poids des Canadiens ont été fondées sur des autodéclarations, c'est-à-dire que les répondants aux enquêtes indiquaient quelle était leur taille et quel était leur poids. Cependant, il est reconnu que les données autodéclarées donnent lieu à une sous-estimation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité⁹⁻¹². En effet, dans le cadre de l'Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Nutrition, on a mesuré le poids et la taille des participants, ce qui a permis de broser un tableau plus exact de la situation.

Méthodologie

Sources des données

On a utilisé les données provenant de l'Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Nutrition pour estimer la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus selon certains facteurs démographiques, socioéconomiques et d'autres liés au mode de vie (voir www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm). L'ESCC de 2004 a été menée afin de recueillir des renseignements sur l'état nutritionnel de la population canadienne à l'échelle provinciale. Sont exclus de l'enquête les personnes vivant en établissement, les habitants des trois territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, ainsi que les membres de la force régulière des Forces armées et les résidents civils des bases militaires. Le taux de réponse a été de 76,5 %. Des mesures de la taille et du poids ont été prises auprès de 57,5 % des adultes (de 18 ans et plus) ayant participé à l'enquête (voir *Limites*).

Les estimations historiques de l'obésité au Canada, fondées sur les mesures directes de la taille et du poids, proviennent de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979 et des Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, qui ont été menées dans diverses provinces entre 1986 et 1992. Les estimations s'appuyant sur des données autodéclarées proviennent de l'Enquête sur la promotion de la santé, 1985 et 1990, de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, et de l'ESCC, 2000-2001 et 2003.

L'embonpoint et l'obésité chez les adultes américains ont été évalués à l'aide des données de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), réalisée de 1999 à 2002. Dans le cadre de cette enquête, des mesures directes de la taille et du poids ont été recueillies auprès de 9 488 répondants de 18 ans et plus.

Techniques d'analyse

On a utilisé des statistiques descriptives pour estimer, en fonction de certaines caractéristiques, la proportion d'adultes qui étaient obèses (tableaux A, B et C en annexe). Des mesures directes de la taille et du poids ont été obtenues auprès de 12 428 répondants à l'ESCC de 18 ans et plus. Comme ils ne représentaient que 57,5 % des adultes ayant participé à l'ESCC de 2004, un ajustement a été fait pour réduire au minimum le biais de non-réponse. Un poids d'échantillonnage particulier a été créé en redistribuant les poids d'échantillonnage des non-répondants entre les répondants en se basant sur des classes de propension à répondre. Des variables telles que la province, l'âge, le sexe, le revenu du ménage, le niveau de scolarité, l'ethnicité, l'activité physique, la consommation

de fruits et de légumes et les problèmes de santé chroniques ont été utilisées pour définir les classes. Ces dernières ont été créées au moyen de l'algorithme CHAID (Chi-Square Automatic Interaction Detector) disponible dans Knowledge Seeker¹³ afin de repérer les caractéristiques qui permettaient de mieux diviser l'échantillon en groupes dissemblables en ce qui concerne la réponse et la non-réponse. Ce poids d'échantillonnage corrigé a été utilisé pour produire l'ensemble des estimations comprises dans la présente analyse. Les erreurs-types et les coefficients de variation ont été calculés à l'aide de la méthode du *bootstrap*, qui tient compte des effets du plan d'enquête¹⁴⁻¹⁶.

La répartition en pourcentage de l'indice de masse corporelle (IMC) (graphique 2) a été ajustée en calculant les moyennes sur trois points. Par exemple, le pourcentage de la population dont l'IMC était de 23 a été calculé en additionnant les pourcentages de personnes ayant un IMC de 22, de 23 et de 24, puis en divisant le résultat par 3.

Les erreurs-types et les coefficients de variation pour les estimations calculées d'après l'ESC de 1978-1979 et la NHANES réalisée de 1999 à 2002 ont été estimés au moyen de SUDAAN, qui utilise une méthode de linéarisation par développement en séries de Taylor pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe¹⁷. Les estimations américaines et les estimations historiques canadiennes sont fondées sur des données pondérées.

Pour comparer la prévalence de l'obésité entre les enquêtes, les données ont été normalisées selon l'âge d'après l'ESCC de 2004 en utilisant la méthode directe. Les groupes d'âge utilisés sont les suivants : 18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, et 75 ans et plus.

Des régressions logistiques ont été utilisées pour déterminer si les associations entre l'obésité et la consommation de fruits et de légumes, ainsi que l'activité physique durant les loisirs persistent lorsqu'on tient compte des effets de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité et du revenu du ménage.

Des régressions logistiques ont été prises séparément chez les hommes et les femmes afin de modéliser la relation entre l'IMC et l'hypertension, le diabète et la maladie cardiaque. Le modèle comprenait les variables de contrôle suivantes : l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'usage du tabac et l'activité physique durant les loisirs. Les répondants ayant une insuffisance pondérale ou pour lesquels il manquait des renseignements sur le niveau de scolarité, l'usage du tabac ou l'activité physique durant les loisirs ont été exclus des modèles.

Afin de dégager les tendances de l'obésité au cours du dernier quart de siècle, les résultats de l'ESCC sont comparés à ceux d'enquêtes canadiennes antérieures comportant également la mesure directe du poids et de la taille (voir *Méthodologie*). En outre, les résultats de 2004 pour le Canada sont comparés à des données américaines provenant de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) réalisée de 1999 à 2002.

La majorité des adultes sont obèses ou font de l'embonpoint

Selon les données de l'ESCC de 2004, 23,1 % des Canadiens de 18 ans et plus, soit environ 5,5 millions d'adultes, avaient un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30, ce qui indique qu'ils étaient obèses (tableau 1) (voir *Qu'est-ce que l'IMC?*). Cette proportion est beaucoup plus élevée que l'estimation de 15,2 % de 2003 calculée d'après les données autodéclarées (voir *La méthodologie importe*). En outre, 8,6 millions de Canadiens adultes (36,1 %) faisaient de l'embonpoint en 2004.

Comme l'IMC des personnes obèses varie considérablement, l'obésité a été subdivisée en trois catégories qui correspondent à des valeurs d'IMC représentant des risques croissants pour la santé^{3,5}. Les personnes appartenant à la classe I (IMC de 30,0 à 34,9) courent un risque élevé de souffrir de problèmes de santé. Chez celles appartenant à la classe II (IMC de 35,0 à 39,9), le

Qu'est-ce que l'IMC?

Les définitions de l'embonpoint et de l'obésité reposent sur l'indice de masse corporelle (IMC), qui consiste en la mesure du poids d'une personne par rapport à sa taille. L'IMC est fortement en corrélation avec la quantité de tissu adipeux et est largement utilisé afin d'indiquer les risques pour la santé⁵. Selon les lignes directrices canadiennes, qui sont en harmonie avec celles de l'Organisation mondiale de la Santé, l'IMC des adultes est réparti en six catégories, représentant chacune un niveau de risque différent :

IMC		Risque pour la santé
Catégorie	Fourchette	
Insuffisance pondérale	< 18,5	Accru
Poids normal	de 18,5 à 24,9	Moindre
Embonpoint	de 25,0 à 29,9	Accru
Obésité de classe I	de 30,0 à 34,9	Élevé
Obésité de classe II	de 35,0 à 39,9	Très élevé
Obésité de classe III	≥ 40,0	Extrêmement élevé

L'IMC se calcule comme suit :

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

Système non métrique : $IMC = \text{poids (lb)} / \text{taille (po)}^2 \times 703$

Par exemple, dans le cas d'une personne mesurant 1,78 mètre (5 pieds 10 pouces), les fourchettes de poids correspondant aux diverses catégories d'IMC sont les suivantes :

	Poids	
	Kilogrammes	Livres
Insuffisance pondérale	≤ 58,4	≤ 128
Poids normal	de 58,5 à 79,0	de 129 à 173
Embonpoint	de 79,1 à 94,8	de 174 à 208
Obésité de classe I	de 94,9 à 110,7	de 209 à 243
Obésité de classe II	de 110,8 à 126,5	de 244 à 278
Obésité de classe III	≥ 126,6	≥ 279

Tableau 1

Répartition en pourcentage de la population à domicile de 18 ans et plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC), Canada, territoires non compris, 2004

Catégorie d'IMC (fourchette)	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%
Embonpoint et obésité (≥ 25)	14 185	59,1	7 706	65,0*	6 480	53,4
Obésité (≥ 30)	5 539	23,1	2 722	22,9	2 817	23,2
Insuffisance pondérale (< 18,5)	471	2,0	170 ^E	1,4* ^E	302	2,5
Poids normal (de 18,5 à 24,9)	9 328	38,9	3 986	33,6*	5 343	44,1
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	8 647	36,1	4 984	42,0*	3 663	30,2
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	3 656	15,2	1 959	16,5	1 697	14,0
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	1 231	5,1	568	4,8	663	5,5
Obésité, classe III (≥ 40,0)	651	2,7	194	1,6*	457	3,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

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

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

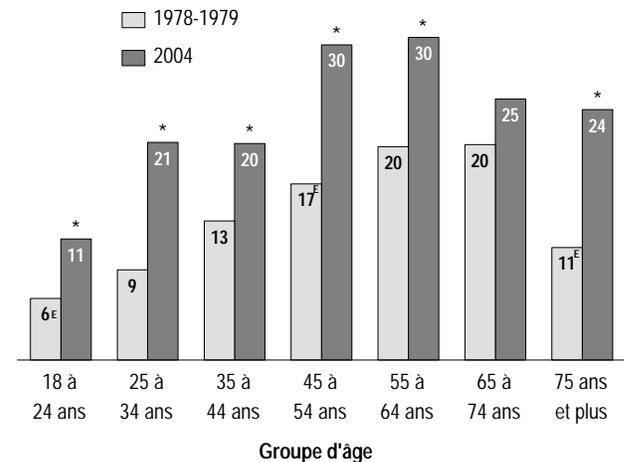
risque est très élevé et chez celles de la classe III (IMC de 40 et plus), il est extrêmement élevé. En 2004, 15,2 % des Canadiens adultes se trouvaient dans la classe I d'obésité, 5,1 %, dans la classe II et 2,7 %, dans la classe III.

Forte augmentation

En 1978-1979, des données sur la taille et le poids ont été recueillies à l'échelle nationale auprès d'un échantillon représentatif d'adultes dans le cadre de l'Enquête santé Canada. Cette même année, le taux d'obésité corrigé pour tenir compte de l'âge s'établissait à 13,8 %, une valeur nettement inférieure au taux de 23,1 % enregistré en 2004. L'augmentation était évidente pour chaque catégorie d'obésité, particulièrement pour les deux classes supérieures (tableau 2). La proportion d'adultes de la classe II a augmenté, passant de 2,3 % à 5,1 % et celle de la classe III, de 0,9 % à 2,7 %.

De 1978-1979 à 2004, la prévalence de l'obésité a augmenté pour chaque groupe d'âge, à l'exception de celui des 65 à 74 ans (graphique 1). Les augmentations les plus notables sont celles observées chez les personnes de moins de 35 ans et de 75 ans et plus. Par exemple, la proportion de personnes obèses de 25 à 34 ans a plus que doublé, passant de 8,5 % à 20,5 %. L'importance de la hausse était à peu près la même chez les personnes

Graphique 1
Pourcentage de personnes obèses, selon le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 2004



Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004
* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1978-1979 ($p < 0,05$)
^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

de 75 ans et plus, pour lesquelles le taux est passé de 10,6 % à 23,6 %.

L'IMC médian des adultes a augmenté — de 24,4 en 1978-1979, il s'est fixé à 26,1 en 2004 — et la répartition de la population adulte en fonction de l'IMC s'est déplacée vers les fourchettes d'embonpoint et d'obésité (graphique 2).

Tableau 2

Répartition en pourcentage de la population à domicile de 18 ans et plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC), Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 2004

Catégorie d'IMC (fourchette)	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	1978-1979	2004	1978-1979	2004	1978-1979	2004
Embonpoint et obésité (≥ 25)	49,2	59,1*	54,0	65,0*	44,6	53,4*
Obésité (≥ 30)	13,8	23,1*	11,5	22,9*	15,9	23,2*
Insuffisance pondérale ($< 18,5$)	2,4	2,0	1,3 ^F	1,4 ^E	3,4	2,5
Poids normal (de 18,5 à 24,9)	48,4	38,9*	44,6	33,6*	52,0	44,1*
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	35,4	36,1	42,5	42,0	28,7	30,2
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	10,5	15,2*	9,5	16,5*	11,5	14,0*
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	2,3 ^F	5,1*	F	4,8*	2,9	5,5*
Obésité, classe III ($\geq 40,0$)	0,9 ^E	2,7*	F	1,6*	1,5 ^E	3,8*
IMC moyen	25,4	27,0*	25,6	27,2*	25,2	26,7*

Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Les estimations de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 ont été normalisées selon l'âge en fonction de la population cible de l'ESCC de 2004.

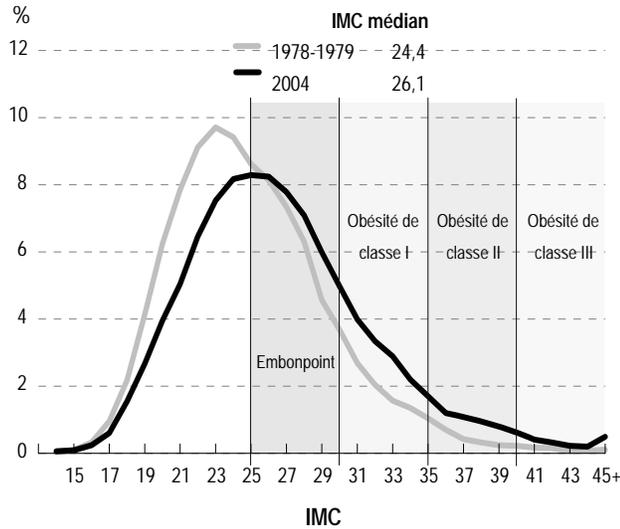
* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour 1978-1979 ($p < 0,05$).

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

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très forte variabilité d'échantillonnage).

Graphique 2

Répartition en pourcentage de la population à domicile de 18 ans et plus, selon l'indice de masse corporelle (IMC), Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 2004



Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Culmination à l'âge mûr

En 2004, les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'être obèses, soit 22,9 % et 23,2 %, respectivement (tableau 1). Toutefois, lorsqu'on examinait séparément les trois catégories d'obésité, une différence entre les sexes se dégageait : un pourcentage plus élevé de femmes appartenait à la classe III (graphique 3).

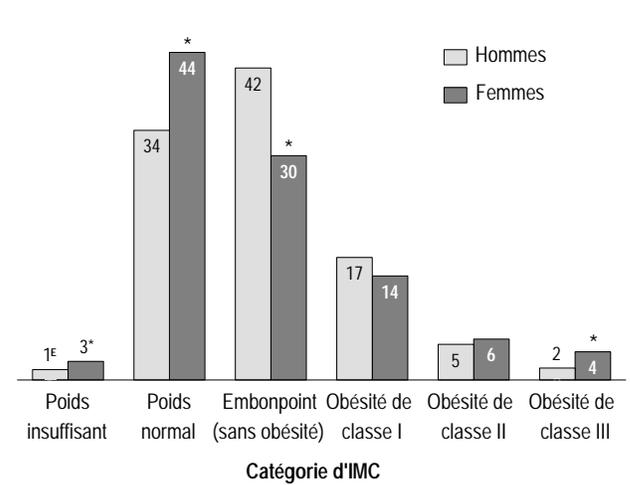
Tant pour les hommes que pour les femmes, l'obésité était plus faible chez les personnes de 18 à 24 ans (10,7 % chez les hommes et 12,1 % chez les femmes) et culminait autour de 30 % chez les 45 à 64 ans (graphique 4).

Comparaison entre le Canada et les États-Unis

Alors qu'au Canada l'information sur l'obésité est généralement fondée sur des données autodéclarées, aux États-Unis, des mesures directes de la taille et du poids sont recueillies depuis le début des années 1960. Aujourd'hui, grâce aux mesures directes provenant de l'ESCC de 2004, il est possible de comparer la prévalence de l'obésité dans les deux pays.

Graphique 3

Répartition en pourcentage de la population à domicile de 18 ans et plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC), Canada, territoires non compris, 2004



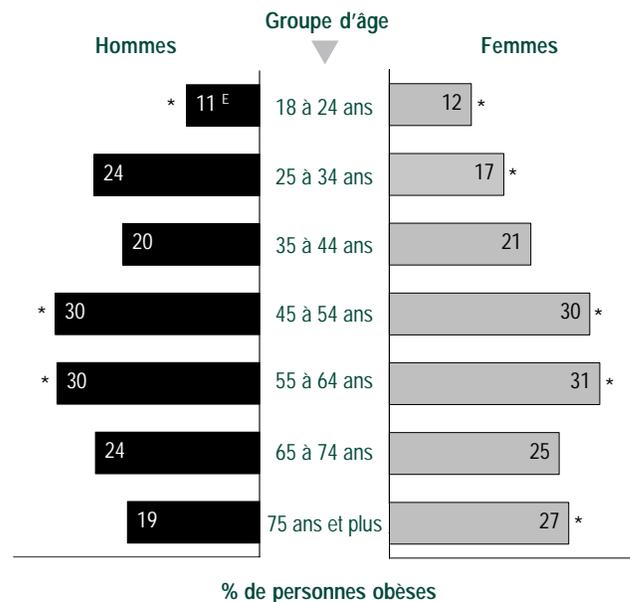
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

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

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

Graphique 4

Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

* Valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe (p < 0,05).

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

La méthodologie importe

Aux États-Unis, les données de la National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES) révèlent une hausse marquée de la prévalence de l'obésité chez les adultes de 1976 à 1980 et de 1988 à 1994, puis de nouveau, de 1988 à 1994 et de 1999 à 2002¹⁸.

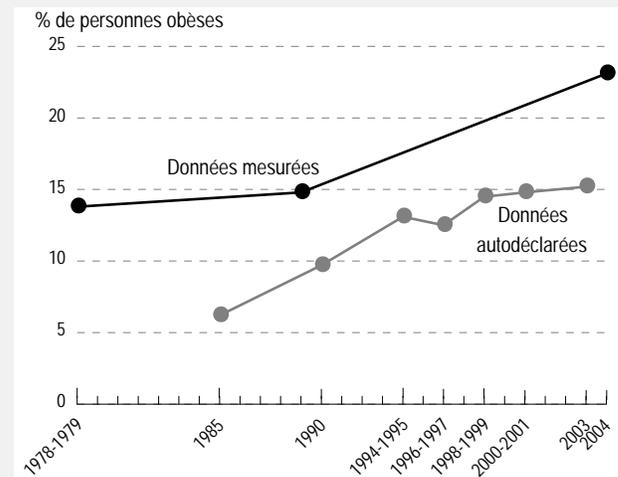
En raison des différences entre les méthodes utilisées pour recueillir les renseignements sur le poids et la taille, il est difficile de déterminer avec précision quand la prévalence de l'obésité a augmenté au Canada. Des estimations d'obésité comparables¹⁹ pour les adultes de 18 ans et plus, fondées sur des mesures directes du poids et de la taille, peuvent être calculées pour la période de 1978-1979, celle de 1986 à 1992 et l'année 2004 (voir *Méthodologie*). Ces données révèlent peu de changement dans la proportion d'adultes qui sont obèses entre 1978-1979 et 1986 à 1992, mais plutôt un accroissement important en 2004. Bien que les pourcentages soient systématiquement plus faibles, les données autodéclarées révèlent que la prévalence de l'obésité a beaucoup augmenté entre 1985 et 1994-1995, mais s'est stabilisée entre 1994-1995 et 2003.

De 2003 à 2004, période où l'on a changé la méthode de collecte des données pour passer à des mesures directes, la prévalence de l'obésité a fortement augmenté. Cela n'est pas étonnant, car les données autodéclarées produisent, en général, des estimations plus faibles d'embonpoint et d'obésité⁹⁻¹². Les femmes ont tendance à sous-estimer leur poids, tandis que les hommes sont enclins à surestimer leur taille. En outre, plus l'IMC est élevé, plus la personne a tendance à sous-estimer son poids²⁰.

Un autre problème que posent les renseignements sur l'embonpoint et l'obésité qui s'appuient sur des données autodéclarées est la variation du mode de collecte. Les données autodéclarées durant les interviews sur place produisent une prévalence d'obésité plus élevée que celle des données recueillies pendant les interviews téléphoniques²¹. Au Canada, en 1985 et 1990, toutes les interviews ont été réalisées par téléphone. En 1994-1995, presque toutes ont

eu lieu sur place; en 1996-1997 et en 1998-1999, la plupart ont été menées par téléphone. En 2000-2001, à peu près la moitié ont été réalisées sur place et l'autre moitié, par téléphone, et en 2003, environ le quart ont été menées sur place.

Tendances de l'obésité, selon des mesures directes et des données autodéclarées, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, certaines années, de 1978-1979 à 2004



Sources des données : Mesurées : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992 (personnes de 18 à 74 ans); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004. Autodéclarées : Enquête sur la promotion de la santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Toutes les données des enquêtes ont été normalisées selon l'âge de la population cible de l'ESCC de 2004. Les taux d'obésité corrigés selon l'âge et fondés sur la taille et le poids mesurés pour la population de 18 à 74 ans sont les suivants : 13,7 % (1978-1979), 14,6 % (1986 à 1992) et 23,1 % (2004).

Les résultats normalisés selon l'âge indiquent que 29,7 % des Américains de 18 ans et plus étaient obèses en 1999-2002, ce qui représente une proportion beaucoup plus élevée que celle de 23,1 % observée au Canada en 2004 (tableau 3). La plus grande partie de cette différence est attribuable à la situation des femmes. Alors que 23,2 % de Canadiennes étaient obèses, la

proportion d'Américaines obèses s'établissait à 32,7 %. En outre, dans chaque catégorie d'obésité, la proportion d'Américaines est plus forte que la proportion de Canadiennes. Cette différence est observable chez tous les groupes d'âge, à l'exception de ceux des 45 à 54 ans et des 75 ans et plus (graphique 5).

Tableau 3 Répartition en pourcentage de la population à domicile de 18 ans et plus, selon le sexe, la race et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC), Canada, territoires non compris (2004), et États-Unis (1999 à 2002)

Catégorie d'IMC (fourchette)	Hommes et femmes		Hommes		Femmes							
	Toutes races confondues		Toutes races confondues		Toutes races confondues							
	Canada É.-U.	Blancs	Canada É.-U.	Blancs	Canada É.-U.	Blancs						
	%		%		%							
Embonpoint et obésité (≥ 25)	59,1	64,0*	61,7	62,9	65,0	67,2	69,0	68,5	53,4	60,9*	54,7	57,4
Obésité (≥ 30)	23,1	29,7*	25,2	29,2*	22,9	26,6*	25,5	27,6	23,2	32,7*	24,8	30,8*
Insuffisance pondérale (< 18,5)	2,0	2,1	1,7	2,2	1,4 ^E	1,2 ^E	1,1 ^E	1,1 ^E	2,5	2,9	2,2	3,3*
Poids normal (de 18,5 à 24,9)	38,9	34,0*	36,6	34,8*	33,6	31,6	29,9	30,4	44,1	36,2*	43,1	39,2
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	36,1	34,3	36,5	33,7*	42,0	40,6	43,4	40,9	30,2	28,2	29,9	26,6
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	15,2	17,4*	16,5	17,4	16,5	17,5	18,3	18,7	14,0	17,3*	14,7	16,2
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	5,1	7,6*	5,6	7,5*	4,8	5,8	5,3	5,6	5,5	9,3*	5,8	9,3*
Obésité, classe III (≥ 40,0)	2,7	4,7*	3,1	4,3*	1,6	3,3*	1,9 ^E	3,3*	3,8	6,1*	4,2	5,3
IMC moyen	27,0	27,9*	27,3	27,8*	27,2	27,7*	27,6	27,9	26,7	28,1*	27,1	27,6*

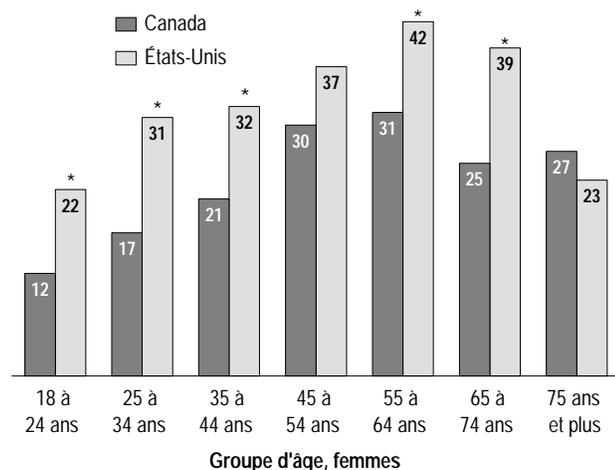
Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004; National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 à 2002

Nota : Les estimations provenant de la NHANES de 1999-2002 ont été normalisées selon l'âge en fonction de la population cible de l'ESCC de 2004.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada (p < 0,05).

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

Graphique 5 Pourcentage de personnes obèses, selon le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus de sexe féminin, Canada, territoires non compris (2004), et États-Unis (1999 à 2002)



Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004; National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 à 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada (p < 0,05)

En ce qui concerne les hommes, la proportion de Canadiens obèses (22,9 %) était beaucoup plus faible que la proportion d'Américains obèses

(26,6 %). Cependant, cet écart reflète principalement le niveau d'obésité de classe III : les Américains étaient nettement plus susceptibles que leurs homologues canadiens d'avoir un IMC de 40 ou plus. Les proportions de Canadiens et d'Américains dont l'IMC correspondait à la classe d'obésité I ou II étaient statistiquement semblables. Les Américains de 18 à 24 ans, de 35 à 44 ans et de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles d'être obèses que leurs homologues canadiens (graphique 6).

La composition ethnique de la population des deux pays pourrait expliquer certaines différences, puisque des études ont démontré que la prévalence de l'obésité varie selon l'origine ethnique (voir Définitions)²². En fait, l'écart entre les proportions d'hommes américains et canadiens de race blanche qui étaient obèses n'était pas significatif. Toutefois, les femmes de race blanche étaient beaucoup plus susceptibles d'être obèses aux États-Unis qu'au Canada : 30,3 % par rapport à 24,8 % (tableau 3).

Au Canada, une forte proportion de personnes d'origine autochtone (hors réserve) étaient obèses, soit 37,8 %, ce qui représente environ 1,6 fois la moyenne nationale (tableaux A, B et C en annexe).

Définitions

Pour évaluer la *fréquence de la consommation de fruits et de légumes*, on a utilisé des questions du Behavioral Risk Factor Surveillance System des États-Unis²³. Voici les questions qui ont été posées aux répondants :

- « À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruits, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate (p. ex. une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)? »
- « Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits? »
- « À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte? »
- « À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles? »
- « À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes? »
- « Sans compter les carottes, les pommes de terre ni la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement? »

On a déterminé le *niveau d'activité physique durant les loisirs* en se fondant sur la dépense énergétique (DE) totale durant les loisirs. La DE a été calculée d'après la fréquence et la durée de toutes les activités physiques effectuées durant les loisirs et déclarées par un répondant au cours des trois mois ayant précédé l'Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et d'après la demande d'énergie métabolique (valeur de l'équivalent métabolique ou MET) de chaque activité, laquelle a été déterminée indépendamment²⁴.

$$EE = \sum (N_i \cdot D_i \cdot \text{MET}_i / 365 \text{ jours}), \text{ où :}$$

N_i = nombre d'occasions de l'activité i durant une année;

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i ;

MET_i = valeur constante représentant la dépense d'énergie métabolique causée par l'activité i .

Les personnes dont la DE était égale ou supérieure à 3 KJ (kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par jour) ont été considérées comme étant actives; celles dont la DE était de 1,5 à 2,9 KJ, comme étant *moyennement actives* et celles dont la DE était inférieure à 1,5 KJ, comme étant *sédentaires*.

L'*ethnicité* a été déterminée au moyen de la question suivante : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et ethniques très variées. Êtes-vous :

1. Blanc? »
2. Chinois? »
3. Sud-Asiatique (p. ex. Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri Lankais, etc.?) »
4. Noir? »
5. Phillipin? »
6. Latino-américain? »
7. Asiatique du Sud-Est (p.ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien, etc.)? »
8. Arabe? »

9. Asiatique occidental (p.ex. Afghan, Iranien, etc.)? »

10. Japonais? »

11. Coréen? »

12. Autochtone d'Amérique du Nord (Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)? »

13. Autres – Précisez ».

Dans la présente analyse, les résultats se rapportant à la catégorie Blanc (1) ont servi pour la comparaison avec la population blanche des États-Unis. Pour comparer les groupes ethniques au Canada, on a utilisé les catégories suivantes : Blanc (1); Noir (4); Asiatique de l'Est ou du Sud-Est (2, 5, 7, 10, 11); Autochtone (hors réserve) (12); Autres (3, 6, 8, 9, 13). Les réponses multiples englobant plusieurs catégories définies ici ont été codées « Autres ».

Quatre catégories ont été créées pour l'*état matrimonial* courant : marié(e) ou vivant en union libre; divorcé(e) ou séparé(e); veuf(ve); jamais marié(e).

Pour déterminer le *revenu du ménage*, on s'est basé sur le nombre de personnes vivant au sein du ménage et sur le revenu total du ménage provenant de toutes les sources au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue de l'ESCC.

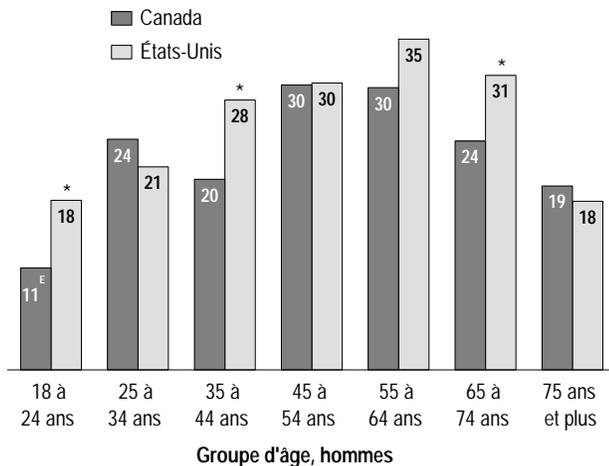
Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes du ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 et plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 et plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000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

Les répondants ont été regroupés en quatre catégories de *niveau de scolarité* selon le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Afin d'évaluer les problèmes de santé chroniques, on a demandé aux répondants de fournir des renseignements sur les problèmes de santé de longue durée qui s'étaient prolongés ou qui devaient se prolonger au moins six mois, et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Dans la présente analyse, trois problèmes de santé ont été retenus, à savoir l'*hypertension*, le *diabète* et la *maladie cardiaque*.

Graphique 6

Pourcentage de personnes obèses, selon le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus de sexe masculin, Canada, territoires non compris (2004), et États-Unis (1999 à 2002)



Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004; National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 à 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$)
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Ces résultats concordent avec ceux d'autres études fondées sur des données autodéclarées²².

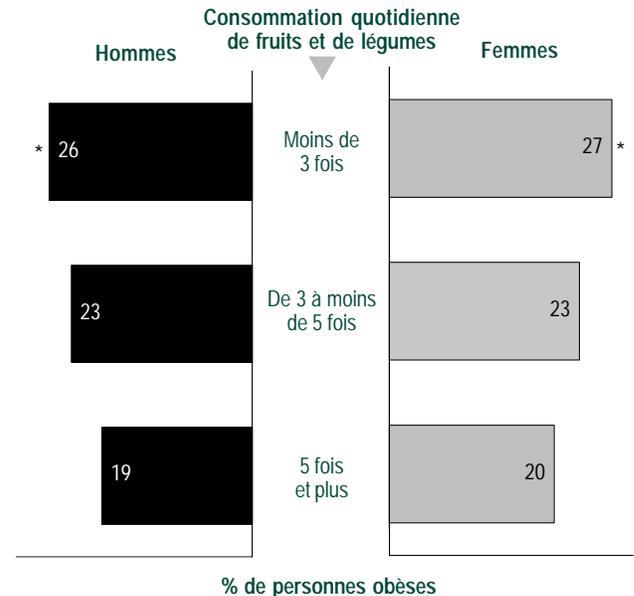
L'obésité est liée au mode de vie

L'obésité, comme il fallait s'y attendre, est liée au régime alimentaire et à l'activité physique. Les hommes et les femmes ayant déclaré manger des fruits et des légumes moins de trois fois par jour étaient plus susceptibles d'être obèses que ceux consommant ce genre d'aliments cinq fois et plus par jour (graphique 7). Bien que d'autres facteurs puissent sous-tendre cette relation, l'association persiste si l'on tient compte des effets de l'âge et du statut socioéconomique (données non présentées). Une autre étude a également démontré que l'obésité est associée indépendamment à la consommation peu fréquente de fruits et de légumes²⁵. Cependant, comme les données de l'ESCC sont transversales, la direction de cette relation ne peut être déterminée (voir *Limites*).

L'activité physique est, elle aussi, associée à l'obésité. Les personnes qui sont sédentaires durant leurs loisirs sont plus susceptibles d'être obèses que celles qui sont physiquement actives. Ainsi, 27,0 %

Graphique 7

Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et la consommation quotidienne de fruits et de légumes, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

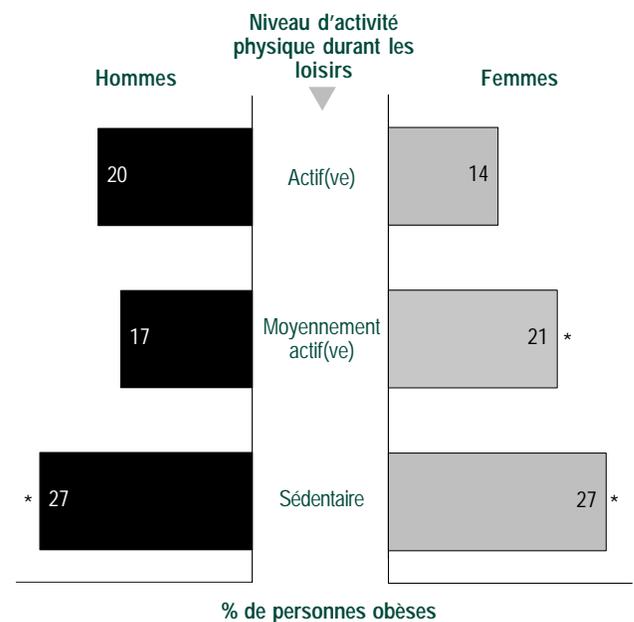


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour la catégorie 5 fois et plus ($p < 0,05$)

Graphique 8

Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et le niveau d'activité physique durant les loisirs, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

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

des hommes sédentaires étaient obèses, comparativement à 19,6 % des hommes actifs (graphique 8). Chez les femmes, la prévalence de l'obésité était élevée non seulement chez celles qui étaient sédentaires, mais aussi chez celles qui étaient moyennement actives. Ces relations demeurent statistiquement significatives lorsqu'on tient compte des effets de l'âge et du statut socioéconomique (données non présentées).

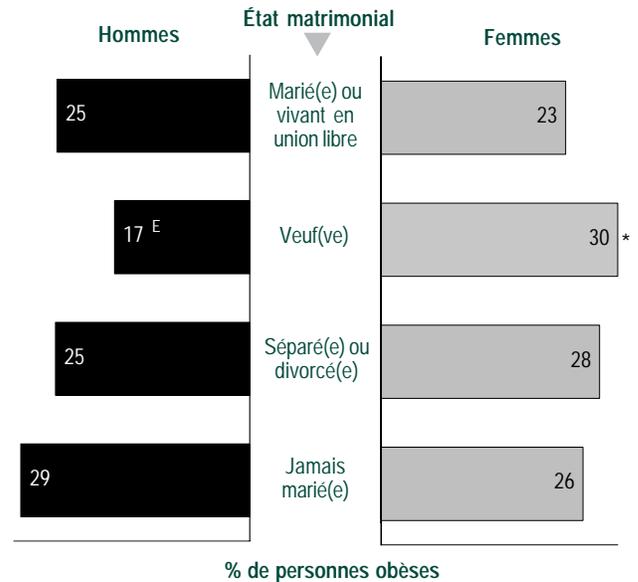
Différences socioéconomiques

La probabilité d'être obèse varie selon l'état matrimonial chez les femmes, ce qui n'est pas le cas chez les hommes (graphique 9). Un peu moins du quart (23,4 %) des femmes mariées de 25 ans et plus étaient obèses. La proportion était beaucoup plus élevée chez les veuves (30,0 %). Par contre, les pourcentages d'hommes mariés, veufs, séparés ou divorcés et jamais mariés qui étaient obèses ne différaient pas considérablement.

L'association entre le niveau de scolarité et l'obésité n'est pas aussi simple. Les hommes de 25 à 64 ans dont le niveau de scolarité le plus élevé est un diplôme d'études secondaires affichaient des taux d'obésité beaucoup plus hauts que ceux ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires (graphique 10). Chez les femmes, celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient plus susceptibles d'être obèses que celles possédant un diplôme d'études postsecondaires. En outre, le taux d'obésité des femmes qui avaient fait des études postsecondaires partielles, mais ne les avaient pas terminées, était élevé.

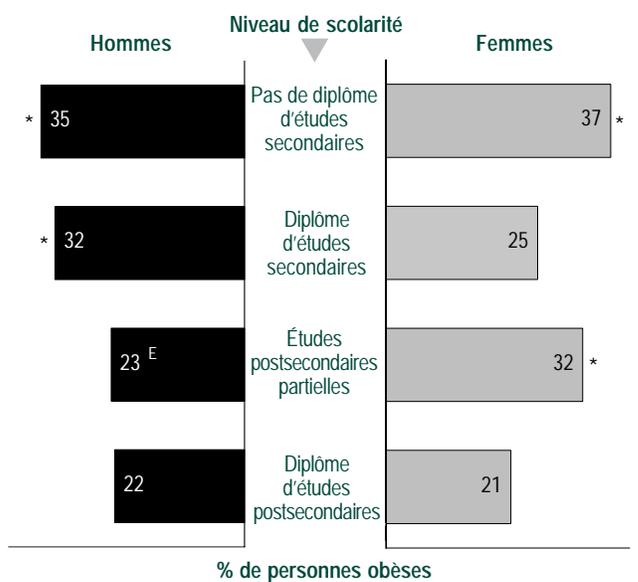
Les hommes vivant dans les ménages à revenu moyen-inférieur étaient moins susceptibles d'être obèses que ceux vivant dans les ménages ayant les revenus les plus élevés (graphique 11). Chez les femmes, celles appartenant à un ménage à revenu moyen ou moyen-supérieur étaient beaucoup plus susceptibles d'être obèses que celles vivant au sein des ménages ayant les revenus les plus élevés. Lorsqu'on tient compte des effets de l'âge, les associations entre le niveau de revenu et le taux d'obésité sont constantes chez les hommes, tandis que chez les femmes, seules celles vivant dans les ménages à revenu moyen étaient plus susceptibles d'être obèses (données non présentées).

Graphique 9
Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et l'état matrimonial, population à domicile de 25 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



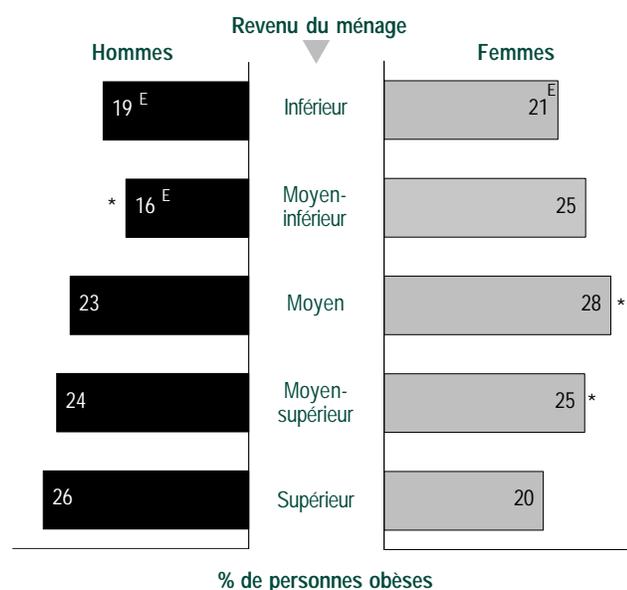
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004
* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie Marié(e) ou vivant en union libre ($p < 0,05$).
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Graphique 10
Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et le niveau de scolarité, population à domicile de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2004



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004
* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie des personnes détenant un diplôme d'études postsecondaires ($p < 0,05$).
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Graphique 11
Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et le revenu du ménage, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



Source des données: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de revenu supérieur ($p < 0,05$).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Problèmes de santé chroniques

Faire de l'embonpoint, ou être obèse, constitue un facteur de risque de présenter un certain nombre de problèmes de santé chroniques. L'analyse des données de l'ESCC révèle des associations entre le surpoids et l'hypertension, le diabète et la maladie cardiaque.

En 2004, moins de 10 % des hommes et des femmes dont l'IMC était dans la fourchette normale ont déclaré faire de l'hypertension (tableau 4). La proportion se situait à un peu plus de 15 % chez les personnes qui faisaient de l'embonpoint et était supérieure à 20 % chez celles qui étaient obèses. Même si l'on tient compte des effets de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac et de l'activité physique durant les loisirs, le surpoids demeure fortement associé à l'hypertension (tableau 5) (voir *Limites*).

Un IMC élevé représente un facteur de risque de diabète de type 2²⁶. Alors que seulement 2,1 % des hommes dont l'IMC se trouvait dans la catégorie

d'IMC normale ont déclaré faire du diabète, la proportion était de 3,7 % chez ceux faisant de l'embonpoint. Les hommes obèses étaient cinq fois plus susceptibles de faire du diabète que ceux dont l'IMC se situait dans la fourchette normale. Ce profil était semblable chez les femmes. Même si l'on tient compte des effets d'autres facteurs, la probabilité que les hommes et les femmes obèses déclarent faire du diabète est considérablement élevée.

La prévalence de la maladie cardiaque augmente selon l'IMC chez les hommes. Alors que 2,8 % des hommes dont l'IMC était normal ont dit avoir une maladie cardiaque, la proportion s'établissait à 6,0 % chez ceux faisant de l'embonpoint et à près de 8 % chez ceux étant obèses (tableau 4). Même si l'on tient compte des effets de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac et de l'activité physique durant les loisirs, l'association entre l'IMC et la maladie cardiaque persiste chez les hommes (tableau 5).

Tableau 4
Prévalence de l'hypertension, du diabète et de la maladie cardiaque, selon la catégorie d'IMC, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

Catégorie d'IMC (fourchette)	Hommes et femmes		
	%	Hommes %	Femmes %
Hypertension			
Poids normal (de 18,5 à 24,9)	8,7	7,9 ^E	9,2
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	15,1*	15,1*	15,2*
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	23,7*	22,1*	25,5*
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	30,1*	32,5* ^E	28,0*
Obésité, classe III (≥ 40,0)	29,5*	28,1* ^E	30,1*
Diabète			
Poids normal (de 18,5 à 24,9)	2,2	2,1 ^E	2,2 ^E
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	4,3*	3,7*	5,2* ^E
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	9,9*	11,0* ^E	8,6*
Obésité, classes II et III (≥ 35,0)	12,0*	14,1* ^E	10,5* ^E
Maladie cardiaque			
Poids normal (de 18,5 à 24,9)	3,0	2,8	3,1
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	5,2*	6,0*	4,2
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	7,2*	7,7* ^E	6,6* ^E
Obésité, classes II et III (≥ 35,0)	6,7* ^E	7,9* ^E	5,8 ^E

Source des données: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour le poids normal ($p < 0,05$).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Limites

Pour diverses raisons, le poids et la taille de 42,5 % des répondants qui ont participé à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 n'ont pas été mesurés directement. Ce niveau de non-réponse pourrait biaiser les estimations si les caractéristiques de ces personnes différaient systématiquement de celles pour lesquelles les mensurations ont été prises. On a employé une technique spéciale afin de réduire la possibilité de ce genre de biais (voir *Méthodologie*). Dans l'ensemble, le taux de réponse des hommes était plus faible que celui des femmes, 54,4 % par rapport à 60,6 %.

Répartition en pourcentage des répondants, selon la réponse et la raison de la non-réponse

	Total %	Hommes %	Femmes %
Total	100,0	100,0	100,0
Mesures prises	57,5	54,4	60,6
Mesures non prises, total	42,5	45,6	39,4
Refus	13,6	13,0	14,2
Matériel de mesure	9,0	8,6	9,3
Trop grand pour que l'interviewer puisse prendre les mensurations	7,1	11,5	2,8
Interview téléphonique	4,5	4,5	4,4
Condition de l'interview	3,5	4,2	2,8
État physique	1,8	1,4	2,1
Autre	3,0	2,3	3,8

Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Le taux de réponse des hommes variait beaucoup selon l'âge et le revenu du ménage; celui des femmes, selon la consommation de fruits et de légumes, l'état matrimonial et le revenu du ménage (tableau D en annexe).

Bien que les classifications en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) d'après les données de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979, des Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire (ECSC), réalisées entre 1986 et 1992, de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) menée de 1999 à 2002 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 étaient fondées sur des mesures directes de la taille et du poids, la méthode de collecte des données variait selon l'enquête. Ainsi, dans le cas de l'ESCC de 2004, les intervieweurs sur place ont utilisé des balances électroniques portables pour peser les répondants chez eux; pour la NHANES, réalisée entre 1999 et 2002, des professionnels de la santé ont mesuré les répondants dans des cliniques mobiles.

L'IMC présente plusieurs limites. En effet, celui-ci ne permet pas d'évaluer la répartition du tissu adipeux, alors qu'il s'agit d'un renseignement important, car l'excès de tissu adipeux dans la région abdominale est lié à un accroissement des risques pour la santé⁵.

De plus, il peut entraîner une classification incorrecte chez les jeunes adultes dont la croissance n'est pas achevée, chez les personnes qui sont naturellement très minces ou très musclées, chez celles qui sont très grandes ou très petites et chez certains groupes ethniques ou raciaux²². Par conséquent, l'IMC constitue une bonne mesure au niveau de la population, mais pas nécessairement au niveau individuel.

L'IMC ne devrait pas être calculé chez les femmes enceintes⁵. Cependant, comme on n'a pas demandé aux femmes ayant participé à l'Enquête santé Canada de 1978-1979, à l'Enquête sur la promotion de la santé de 1985 et de 1990 et aux Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, réalisées entre 1986 et 1992, si elles étaient enceintes, celles qui l'étaient n'ont pu en être exclues.

Lors de l'ESCC de 2004, d'autres variables que la taille et le poids ont été autodéclarées. L'incidence et l'exactitude de ces variables sur l'état de santé et les caractéristiques d'une personne sont inconnues.

On a demandé aux répondants de fournir des renseignements sur les activités physiques auxquelles ils s'étaient adonnés durant leur temps de loisirs au cours des trois mois précédents. Il est possible que les erreurs de remémoration aient un effet sur les résultats. En outre, comme l'activité physique à l'école et au travail a été exclue, celle durant les loisirs pourrait ne pas refléter avec précision l'activité physique globale.

Les questions sur la consommation de fruits et de légumes portaient sur le nombre de fois que lesdits aliments étaient consommés par jour, mais non sur les quantités consommées. Comme la taille des portions n'est pas précisée dans les questions, il est impossible d'évaluer l'observation des recommandations concernant l'apport quotidien, comme celles du *Guide alimentaire canadien*.

Plutôt que le poids proprement dit, des facteurs associés à celui-ci, comme l'activité physique, la composition corporelle, l'adiposité viscérale, la condition physique ou le régime alimentaire pourraient être à l'origine de certaines associations, voire toutes, entre le poids et l'hypertension, le diabète ou la maladie cardiaque²⁷. En outre, certaines maladies causent un amaigrissement, alors que d'autres sont associées à un gain de poids. Dans cette analyse, on ne tient pas compte des pertes ou des gains récents de poids, qui pourraient être liés indépendamment à un mauvais état de santé.

L'analyse ne permet pas de faire la distinction entre les diabètes de type 1, de type 2 et le diabète gestationnel. Puisque les facteurs de risque des diverses formes de la maladie diffèrent, il est possible que la force du lien entre l'IMC et la prévalence du diabète qui se « manifeste à l'âge adulte » (type 2) se soit atténuée.

Comme l'ESCC est une enquête transversale, aucune relation de cause à effet entre l'obésité et un comportement lié à la santé ou à d'autres facteurs ne peut être inférée.

Tableau 5

Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre, d'une part, la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) et, d'autre part, l'hypertension, le diabète et la maladie cardiaque, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

Catégorie d'IMC (fourchette)	Hypertension		Diabète		Maladie cardiaque	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes et femmes						
Poids normal (18,5 à 24,9)	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	1,5*	1,2 - 2,0	1,6*	1,1 - 2,3	1,3	0,9 - 1,9
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	2,9*	2,1 - 3,8	3,8*	2,5 - 5,8	1,8*	1,2 - 2,9
Obésité, classes II et III (≥ 35,0)	...	...	5,4*	3,4 - 8,4	2,1*	1,3 - 3,5
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	4,7*	3,0 - 7,5	...	...	...	...
Obésité, classe III (≥ 40,0)	5,4*	3,3 - 8,6	...	...	...	...
Hommes						
Poids normal (18,5 à 24,9)	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	1,8*	1,1 - 2,9	1,5	0,9 - 2,5	1,7*	1,1 - 2,7
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	3,3*	2,0 - 5,5	5,1*	2,6 - 10,1	2,4*	1,2 - 4,5
Obésité, classes II et III (≥ 35,0)	...	...	7,0*	3,4 - 14,4	2,7*	1,2 - 5,8
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	6,6*	3,0 - 14,4	...	...	...	...
Obésité, classe III (≥ 40,0)	4,9*	1,9 - 12,7	...	...	...	...
Femmes						
Poids normal (18,5 à 24,9)	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint (sans obésité) (de 25,0 à 29,9)	1,3	0,9 - 1,7	1,8*	1,0 - 3,3	1,0	0,6 - 1,6
Obésité, classe I (de 30,0 à 34,9)	2,5*	1,7 - 3,7	2,9*	1,7 - 4,9	1,4	0,7 - 2,7
Obésité, classes II et III (≥ 35,0)	...	...	4,4*	2,4 - 8,1	1,6	0,8 - 3,1
Obésité, classe II (de 35,0 à 39,9)	3,5*	1,9 - 6,2	...	...	...	...
Obésité, classe III (≥ 40,0)	5,2*	2,8 - 9,5	...	...	...	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Les modèles contiennent des variables de contrôle pour l'âge (continu), l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'usage du tabac et l'activité physique durant les loisirs.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le poids normal ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Chez les femmes, la prévalence de la maladie cardiaque ne variait généralement pas beaucoup en fonction de l'IMC. Faisaient exception les femmes appartenant à la classe d'obésité I, qui étaient plus susceptibles d'avoir un tel diagnostic que celles dont l'IMC se situait dans la fourchette normale (tableau 4). Cependant, si l'on tient compte des effets d'autres facteurs démographiques, socioéconomiques et de ceux liés au mode de vie, cette relation disparaît (tableau 5).

Mot de la fin

Les résultats de l'Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, qui s'appuient sur des mesures directes de la taille et du poids, indiquent que 23 % des adultes étaient obèses. Bien qu'il soit en hausse par rapport au taux de 14 % enregistré en 1978-1979, ce chiffre

demeure inférieur au taux d'obésité observé aux États-Unis (30 %). Cependant, une autre proportion de Canadiens (36 %) faisaient de l'embonpoint en 2004. Une majorité de Canadiens adultes — près de 60 % — se trouvaient donc dans une fourchette de poids qui augmentait le risque de manifester des problèmes de santé. En fait, les données provenant de l'ESCC démontrent que l'IMC est fortement associé à la probabilité d'être hypertendu, diabétique ou cardiaque. ●

Remerciements

L'auteur tient à remercier Wayne Millar de son aide lors du calcul des estimations de la variance effectué au moyen de SUDAAN dans le cadre de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 et de la National Health and Nutrition Survey de 1999 à 2002.

Une version électronique du présent article intitulée « Obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés » a été diffusée le 6 juillet 2005 dans le cadre de la série Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (produit n° 82-620-MWF au catalogue de Statistique Canada, gratuit). Cette publication peut être consultée à l'adresse suivante : www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/82-620-MIF2005001_f.htm

Références

- M.S. Tremblay, P.T. Katzmarzyk et J.D. Willms, « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity*, 26(4), 2002, p. 538-543.
- K.M. Flegal, « The obesity epidemic in children and adults: Current evidence and research issues », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(Supplement 11), 1999, p. 509-514.
- Organisation mondiale de la Santé, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* (Organisation mondiale de la Santé, série de rapports techniques n° 894), Genève, 2000.
- P.T. Katzmarzyk, « The Canadian obesity epidemic, 1985-1998 », *Canadian Medical Association Journal*, 166(8), 2002, p. 1039-1040.
- Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, 2003 (Santé Canada, n° H49-179/2003F au catalogue).
- Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 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).
- T.L.S. Visscher, A. Rissanen, J.C. Seidell *et al.*, « Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: an empirical approach », *Archives of Internal Medicine*, 164(13), 2004, p. 1413-1420.
- M.L. Booth, C. Hunter, C.J. Gore *et al.*, « The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(8), 2000, p. 1058-1061.
- R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
- M.L. Rowland, « Reporting bias in height and weight data », *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, 70(2), 1989, p. 2-11.
- R.S. Strauss, « Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23(8), 1999, p. 904-908.
- ANGOSS Software, *Knowledge Seeker IV for Windows — User's Guide*, ANGOSS Software International Limited, 1995.
- J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
- K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
- D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
- B.V. Shah, G.B. Barnwell, G.S. Bieler, *SUDAAN User's Manual, Release 7.5*, Research Triangle Park, Caroline du Nord, Research Triangle Institute, 1977.
- National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2004: With Chartbook on the Trends of the Health of Americans*, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2004.
- G.M. Torrance, M.D. Hooper et B.A. Reeder, « Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970-1992): evidence from national surveys using measured height and weight », *International Journal of Obesity*, 26(6), 2002, p. 797-804.
- P.T. Katzmarzyk et C.I. Arden, « Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985-2000 », *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 2004, p. 16-20.
- M. St-Pierre et Y. Béland, « Mode effects in the Canadian Community Health Survey: A comparison of CAPI and CATI », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, Toronto, août 2004.
- M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Arden *et al.*, « Obésité, embonpoint et origine ethnique », *Rapports sur la santé*, 16(4), 2005, p. 25-37 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- M. Serdula, R. Coates, T. Byers *et al.*, « Evaluation of a brief telephone questionnaire to estimate fruit and vegetable consumption in diverse study populations », *Epidemiology*, 4(5), 1993, p. 455-463.
- T. Stephens, C.L. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey I », *Canadian Journal of Public Health*, 77(4), 1986, p. 285-290.
- C.E. Pérez, « Consommation de fruits et de légumes », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 25-34 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- W.J. Millar et T.K. Young, « Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2003, p. 39-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- K.M. Flegal, B.I. Graubard, D.F. Williamson *et al.*, « Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity », *Journal of the American Medical Association*, 293(15), 2005, p. 1861-1867.

Annexe

Tableau A

Pourcentage de personnes faisant de l'embonpoint ou étant obèses, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 ans et plus de sexe masculin, Canada, territoires non compris, 2004

	Population estimée en milliers	Embonpoint		Obésité		Embonpoint et obésité	
		%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %
Total	11 861	42,0	39,3 - 44,8	22,9	20,7 - 25,2	65,0	62,4 - 67,5
Groupe d'âge							
18 à 24 ans	1 681	27,0*	21,5 - 32,4	10,7 ^E	6,7 - 14,8	37,7*	31,8 - 43,7
25 à 34 ans	1 900	39,9	33,3 - 46,6	24,2	18,0 - 30,4	64,1	58,1 - 70,1
35 à 44 ans	2 577	44,5	37,3 - 51,7	20,0	15,2 - 24,7	64,5	57,5 - 71,4
45 à 54 ans	2 370	42,4	36,0 - 48,8	29,9*	24,6 - 35,2	72,3*	66,2 - 78,3
55 à 64 ans	1 623	45,9	40,0 - 51,7	29,6*	23,8 - 35,4	75,5*	69,4 - 81,5
65 à 74 ans	1 025	52,7*	46,5 - 58,8	24,0	19,4 - 28,6	76,7*	71,9 - 81,5
75 ans et plus	685	49,0*	42,1 - 55,8	19,3	13,5 - 25,1	68,3	62,0 - 74,6
Ethnicité							
Blancs	9 720	43,4	40,5 - 46,3	25,5*	23,0 - 28,0	69,0*	66,4 - 71,5
Noirs	172	31,0 ^E	10,9 - 51,1	F	...	50,7 ^E	27,1 - 74,3
Asiatiques de l'Est/du Sud-Est	811	35,4 ^E	22,1 - 48,6	F	...	39,1 ^{*E}	26,0 - 52,3
Autochtones (hors réserve)	86	31,8 ^E	16,5 - 47,0	33,6 ^E	19,2 - 48,0	65,3	50,7 - 80,0
Autres	1 027	38,6	27,4 - 49,8	14,2 ^{*E}	7,0 - 21,4	52,8*	41,6 - 64,0
Consommation quotidienne de fruits et de légumes							
Moins de 3 fois	4 124	37,4*	33,3 - 41,5	25,8*	22,1 - 29,5	63,2	58,9 - 67,5
De 3 à moins de 5 fois	4 605	42,2	37,7 - 46,6	23,0	19,4 - 26,7	65,2	60,8 - 69,7
5 fois et plus [†]	3 100	47,8	42,7 - 52,9	19,1	15,0 - 23,2	66,9	62,2 - 71,6
Niveau d'activité physique durant les loisirs							
Actif [†]	2 361	45,8	40,7 - 50,8	19,6	15,3 - 23,9	65,3	60,1 - 70,6
Moyennement actif	2 979	44,8	39,8 - 49,8	16,7	13,5 - 20,0	61,5	56,4 - 66,6
Sédentaire	6 520	39,4	35,4 - 43,4	27,0*	23,7 - 30,3	66,4	62,9 - 70,0
État matrimonial (25 ans et plus)							
Marié ou vivant en union libre [†]	7 590	46,2	42,7 - 49,8	24,5	21,6 - 27,3	70,7	67,2 - 74,2
Veuf	237	55,6	43,5 - 67,7	17,2 ^E	9,7 - 24,8	72,9	63,8 - 81,9
Séparé ou divorcé	822	42,6	33,4 - 51,9	24,7	17,6 - 31,8	67,3	58,2 - 76,5
Jamais marié	1 516	34,8*	28,5 - 41,0	29,1	22,0 - 36,2	63,8*	58,3 - 69,4
Niveau de scolarité (de 25 à 64 ans)							
Pas de diplôme d'études secondaires	1 149	39,6	31,7 - 47,5	34,5*	26,8 - 42,3	74,1	66,7 - 81,6
Diplôme d'études secondaires	1 487	36,7	28,2 - 45,1	32,1*	23,6 - 40,6	68,8	60,4 - 77,1
Études postsecondaires partielles	550	44,6	31,5 - 57,6	22,6 ^E	13,7 - 31,5	67,2	55,5 - 78,9
Diplôme d'études postsecondaires [†]	5 197	45,4	41,0 - 49,8	22,0	18,6 - 25,3	67,4	63,1 - 71,7
Revenu du ménage							
Inférieur	245	36,2 ^E	20,1 - 52,2	18,5 ^E	7,6 - 29,5	54,7*	40,0 - 69,5
Moyen-inférieur	540	44,4	30,7 - 58,1	15,6 ^{*E}	8,2 - 23,0	60,0	45,2 - 74,8
Moyen	2 139	40,4	34,0 - 46,8	22,7	16,9 - 28,5	63,1*	57,1 - 69,1
Moyen-supérieur	4 160	39,6*	35,3 - 43,8	24,4	20,7 - 28,1	64,0*	59,5 - 68,5
Supérieur [†]	3 886	45,9	41,3 - 50,5	26,1	22,3 - 29,9	72,0	67,7 - 76,3
Non déclaré	891	40,5	29,8 - 51,2	8,6 ^{*E}	4,9 - 12,3	49,1*	38,2 - 60,0

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Les groupes d'âge et les ethnicités sont comparés à l'estimation pour le Canada. Le nombre de répondants pour lesquels des valeurs manquaient était de 3 pour l'état matrimonial, de 40 pour le niveau de scolarité et de 14 pour la consommation de fruits et de légumes.

[†] Catégorie de référence.

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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très forte variabilité d'échantillonnage).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Pourcentage de personnes faisant de l'embonpoint ou étant obèses, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 ans et plus de sexe féminin, Canada, territoires non compris, 2004

	Population estimée en milliers	Embonpoint		Obésité		Embonpoint et obésité	
		%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %
Total	12 124	30,2	28,1 - 32,3	23,2	21,3 - 25,1	53,4	51,2 - 55,7
Groupe d'âge							
18 à 24 ans	1 463	22,3*	17,6 - 27,1	12,1*	8,6 - 15,6	34,4*	29,2 - 39,6
25 à 34 ans	1 926	26,1	20,0 - 32,2	16,9*	12,9 - 21,0	43,0*	36,5 - 49,5
35 à 44 ans	2 529	27,6	22,3 - 32,9	20,9	16,6 - 25,2	48,5	42,5 - 54,6
45 à 54 ans	2 428	33,8	28,4 - 39,2	29,6*	24,4 - 34,8	63,4*	57,5 - 69,3
55 à 64 ans	1 718	32,1	27,5 - 36,8	31,1*	26,2 - 36,1	63,3*	58,0 - 68,5
65 à 74 ans	1 028	37,9*	32,2 - 43,6	25,1	20,4 - 29,8	63,0*	56,6 - 69,4
75 ans et plus	1 032	36,1*	31,3 - 40,9	26,5	21,8 - 31,1	62,5*	57,5 - 67,6
Ethnicité							
Blancs	10 134	29,9	27,7 - 32,1	24,8*	22,7 - 26,9	54,7	52,3 - 57,1
Noirs	223	42,7 ^E	19,9 - 65,5	F	...	65,8 ^E	41,5 - 90,0
Asiatiques de l'Est/du Sud-Est	664	24,0 ^E	13,1 - 34,9	F	...	31,4* ^E	19,4 - 43,5
Autochtones (hors réserve)	174	29,3 ^E	19,3 - 39,3	40,0*	27,9 - 52,0	69,3*	56,9 - 81,6
Autres	930	35,3 ^E	23,1 - 47,4	14,5* ^E	7,9 - 21,2	49,8	38,1 - 61,5
Consommation quotidienne de fruits et de légumes							
Moins de 3 fois	2 919	29,1	25,1 - 33,0	27,4*	23,2 - 31,6	56,5	52,1 - 60,8
De 3 à moins de 5 fois	4 681	29,5	26,5 - 32,6	23,4	20,5 - 26,3	53,0	49,4 - 56,6
5 fois et plus [†]	4 474	31,8	27,9 - 35,8	20,3	17,1 - 23,4	52,1	48,0 - 56,2
Niveau d'activité physique durant les loisirs							
Actif [†]	1 945	27,0	22,0 - 31,9	13,5	10,5 - 16,6	40,5	35,1 - 46,0
Moyennement actif	2 905	31,4	27,1 - 35,7	20,8*	17,5 - 24,1	52,2*	47,5 - 56,9
Sédentaire	7 273	30,6	27,8 - 33,5	26,8*	24,0 - 29,5	57,4*	54,2 - 60,6
État matrimonial (25 ans et plus)							
Mariée ou vivant en union libre [†]	7 268	32,0	29,0 - 34,9	23,4	20,8 - 26,1	55,4	52,2 - 58,6
Veuve	1 088	37,3	32,8 - 41,8	30,0*	25,2 - 34,8	67,3*	63,1 - 71,5
Séparée ou divorcée	1 124	31,5	25,1 - 37,9	27,7	21,7 - 33,8	59,3	51,6 - 67,0
Jamais mariée	1 171	21,4*	16,4 - 26,5	25,6	19,2 - 31,9	47,0*	40,0 - 54,1
Niveau de scolarité (de 25 à 64 ans)							
Pas de diplôme d'études secondaires	1 168	36,5	27,9 - 45,1	36,9*	28,6 - 45,2	73,4*	66,9 - 79,9
Diplôme d'études secondaires	1 697	28,4	22,6 - 34,3	24,9	19,0 - 30,8	53,3	46,6 - 60,0
Études postsecondaires partielles	586	31,3	22,7 - 40,0	32,3*	23,9 - 40,8	63,7*	54,0 - 73,4
Diplôme d'études postsecondaires [†]	5 027	29,0	25,6 - 32,4	20,5	17,8 - 23,2	49,5	45,7 - 53,3
Revenu du ménage							
Inférieur	428	25,6	17,4 - 33,9	21,4 ^E	12,9 - 30,0	47,1	35,0 - 59,2
Moyen-inférieur	833	30,8	23,9 - 37,6	24,8	18,5 - 31,1	55,6	48,0 - 63,1
Moyen	2 500	31,0	26,5 - 35,6	27,9*	23,3 - 32,5	58,9*	54,1 - 63,8
Moyen-supérieur	3 854	28,4	24,7 - 32,1	24,7*	21,6 - 27,9	53,1	49,2 - 57,1
Supérieur [†]	3 412	31,2	26,5 - 35,8	19,6	15,8 - 23,5	50,8	46,0 - 55,6
Non déclaré	1 097	33,1	26,2 - 39,9	18,1	13,1 - 23,0	51,1	43,4 - 58,9

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Les groupes d'âge et les ethnicités sont comparés à l'estimation pour le Canada. Le nombre de répondants pour lesquels des valeurs manquaient était de 5 pour l'état matrimonial, de 45 pour le niveau de scolarité, de 30 pour la consommation de fruits et de légumes et de 2 pour le niveau d'activité physique.

† Catégorie de référence.

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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très forte variabilité d'échantillonnage).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau C

Pourcentage de personnes faisant de l'embonpoint ou étant obèses, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

	Population estimée en milliers	Embonpoint		Obésité		Embonpoint et obésité	
		%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %
Total	23 985	36,1	34,3 - 37,8	23,1	21,7 - 24,5	59,1	57,4 - 60,8
Groupe d'âge							
18 à 24 ans	3 144	24,8*	21,0 - 28,7	11,4*	8,7 - 14,1	36,2*	32,0 - 40,3
25 à 34 ans	3 826	33,0	28,5 - 37,4	20,5	16,9 - 24,2	53,5*	49,1 - 57,9
35 à 44 ans	5 106	36,2	31,9 - 40,4	20,4*	17,3 - 23,5	56,6	52,1 - 61,0
45 à 54 ans	4 798	38,0	34,0 - 42,1	29,7*	26,2 - 33,3	67,8*	63,5 - 72,1
55 à 64 ans	3 341	38,8	35,2 - 42,4	30,4*	26,3 - 34,5	69,2*	65,0 - 73,4
65 à 74 ans	2 053	45,3*	40,7 - 49,8	24,6	21,2 - 27,9	69,9*	65,6 - 74,1
75 ans et plus	1 717	41,2*	37,3 - 45,2	23,6	19,9 - 27,3	64,8*	60,9 - 68,8
Ethnicité							
Blancs	19 854	36,5	34,7 - 38,3	25,2*	23,5 - 26,8	61,7*	59,9 - 63,4
Noirs	395	37,6 ^E	22,6 - 52,6	21,6 ^E	10,1 - 33,1	59,2	42,1 - 76,2
Asiatiques de l'Est/du Sud-Est	1 475	30,2	21,5 - 39,0	F	...	35,7*	26,8 - 44,6
Autochtones (hors réserve)	260	30,1	21,6 - 38,6	37,8*	28,2 - 47,5	68,0	58,5 - 77,4
Autres	1 957	37,0	28,8 - 45,3	14,4* ^E	9,5 - 19,2	51,4*	43,6 - 59,2
Consommation quotidienne de fruits et de légumes							
Moins de 3 fois	7 044	33,9*	31,0 - 36,9	26,5*	23,8 - 29,1	60,4	57,3 - 63,5
De 3 à moins de 5 fois	9 287	35,8	33,1 - 38,6	23,2	20,9 - 25,6	59,0	56,2 - 61,9
5 fois et plus [†]	7 574	38,4	35,4 - 41,4	19,8	17,3 - 22,3	58,2	55,3 - 61,1
Niveau d'activité physique durant les loisirs							
Actif [†]	4 306	37,3	33,6 - 40,9	16,9	14,1 - 19,6	54,1	50,1 - 58,2
Moyennement actif	5 885	38,2	35,0 - 41,3	18,7	16,5 - 21,0	56,9	53,7 - 60,2
Sédentaire	13 794	34,8	32,4 - 37,1	26,9*	24,7 - 29,0	61,7*	59,2 - 64,1
État matrimonial (25 ans et plus)							
Marié(e) ou vivant en union libre [†]	14 858	39,3	37,0 - 41,5	24,0	22,1 - 25,8	63,2	60,9 - 65,5
Veuf(ve)	1 325	40,6	36,1 - 45,0	27,7	23,5 - 31,9	68,3*	64,6 - 72,0
Séparé(e) ou divorcé(e)	1 946	36,2	31,0 - 41,4	26,5	22,0 - 30,9	62,7	57,0 - 68,4
Jamais marié(e)	2 688	29,0*	24,7 - 33,2	27,5	22,7 - 32,4	56,5*	51,8 - 61,2
Niveau de scolarité (de 25 à 64 ans)							
Pas de diplôme d'études secondaires	2 316	38,0	32,2 - 43,9	35,7*	29,9 - 41,5	73,8*	68,7 - 78,8
Diplôme d'études secondaires	3 184	32,3	27,8 - 36,8	28,3*	23,1 - 33,4	60,5	55,6 - 65,4
Études postsecondaires partielles	1 136	37,7	29,4 - 46,1	27,6	21,2 - 34,1	65,4	57,8 - 73,0
Diplôme d'études postsecondaires [†]	10 224	37,3	34,5 - 40,1	21,2	19,0 - 23,5	58,6	55,6 - 61,5
Revenu du ménage							
Inférieur	674	29,5*	21,6 - 37,4	20,4 ^E	13,6 - 27,2	49,9*	40,3 - 59,4
Moyen-inférieur	1 373	36,1	29,6 - 42,7	21,2	16,2 - 26,1	57,3	50,2 - 64,4
Moyen	4 639	35,4	31,5 - 39,2	25,5	21,9 - 29,1	60,9	57,0 - 64,7
Moyen-supérieur	8 014	34,2*	31,4 - 37,0	24,6	22,0 - 27,1	58,8	55,7 - 61,9
Supérieur [†]	7 297	39,0	35,6 - 42,4	23,1	20,3 - 25,9	62,1	58,7 - 65,5
Non déclaré	1 988	36,4	30,3 - 42,5	13,8*	10,4 - 17,3	50,2*	43,8 - 56,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Les groupes d'âge et les ethnicités sont comparés à l'estimation pour le Canada. Le nombre de répondants pour lesquels des valeurs manquaient était de 8 pour l'état matrimonial, de 85 pour le niveau de scolarité, de 44 pour la consommation de fruits et de légumes et de 2 pour le niveau d'activité physique.

† Catégorie de référence.

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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très forte variabilité d'échantillonnage).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau D
Taux de réponse pour la mesure directe de la taille et du poids, selon certaines caractéristiques

	Hommes	Femmes
	%	%
Total	54	61
Groupe d'âge		
18 à 24 ans	57	64
25 à 34 ans	52	61
35 à 44 ans	56	58
45 à 54 ans	49*	61
55 à 64 ans	56	62
65 à 74 ans	59	59
75 ans et plus	57	60
État matrimonial (25 ans et plus)		
Marié(e) ou vivant en union libre	54	62*
Veuf(ve)	54	60
Séparé(e) ou divorcé(e)	55	57
Jamais marié(e)	53	56
Niveau de scolarité (de 25 à 64 ans)		
Pas de diplôme d'études secondaires	53	57
Diplôme d'études secondaires	56	65
Études postsecondaires partielles	47	56
Diplôme d'études postsecondaires	53	60
Revenu du ménage		
Inférieur	47	70*
Moyen-inférieur	54	65
Moyen	60*	63
Moyen-supérieur	57	65*
Supérieur	53	58
Non déclaré	41*	43*
Consommation quotidienne de fruits et de légumes		
Moins de 3 fois	54	60
De 3 à moins de 5 fois	54	59
5 fois et plus	56	63*
Niveau d'activité physique durant les loisirs		
Actif	57	59
Moyennement actif	56	61
Sédentaire	53	61
Hypertension		
Oui	56	60
Non	54	61
Diabète		
Oui	50	63
Non	55	61
Maladie cardiaque		
Oui	53	58
Non	55	61

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

* Valeur significativement différente de celle pour le taux de réponse total ($p < 0,05$).