

Tendances de l'obésité chez l'adulte

par Margot Shields et Michael Tjepkema

Mots-clés : indice de masse corporelle, poids corporel, revenu, usage du tabac

Au cours des dernières années, la proportion d'adultes canadiens qui ont un excès de poids a augmenté considérablement, fait qui reflète une tendance mondiale touchant tant les pays développés que les pays en développement¹. S'il est évident que la prévalence de l'obésité est à la hausse au Canada², la façon dont cette tendance se manifeste au sein de segments divers de la population est moins connue. Le présent article décrit les tendances quant à la prévalence de l'obésité – évaluée à partir de mesures réelles de la taille et du poids – selon la province, l'âge, l'usage du tabac et le revenu du ménage.

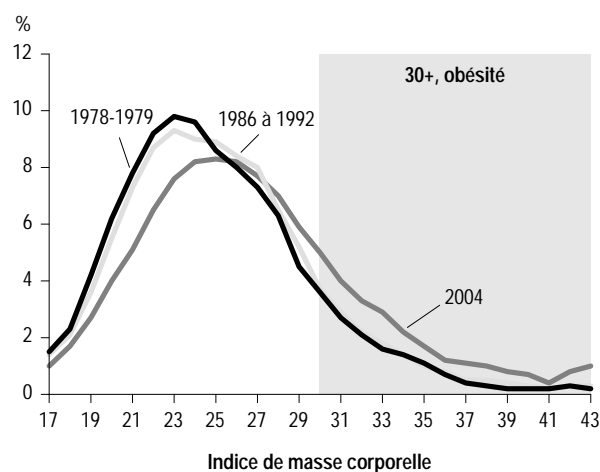
Mesure de la taille et du poids

Dans les enquêtes sur la santé de la population, on évalue généralement l'obésité à partir de la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC se calcule à partir des mesures de la taille et du poids d'une personne (voir *Mesure de la composition corporelle*). Or, des renseignements permettant de déterminer l'IMC ont été recueillis dans le cadre de nombreuses enquêtes canadiennes. Mais en raison de différences dans les procédures et les méthodes de collecte de données, il est difficile de comparer entre elles les estimations calculées pour des périodes différentes. Entre autres, les enquêtes qui s'appuient sur des valeurs autodéclarées de la taille et du poids ont tendance à donner lieu à une sous-estimation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité³⁻⁶. En outre, le mode de collecte (comme l'interview sur place ou l'interview téléphonique, par exemple) peut également avoir une incidence sur les renseignements autodéclarés⁷.

Grâce aux données recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 : Nutrition, de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979, et des Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire (ECSC) menées de 1986 à 1992, il est possible d'établir des comparaisons valables dans le temps pour la population d'adultes de 18 à 74 ans. En effet, au cours de chacune de ces enquêtes, les intervieweurs ont mesuré la taille et le poids d'échantillons d'adultes nationalement représentatifs. Afin de tenir compte des changements survenus dans la répartition par âge

Graphique 1

Répartition en pourcentage de la population à domicile de 18 à 74 ans, selon l'indice de masse corporelle (IMC), Canada, territoires non compris



Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

de la population et de permettre des comparaisons historiques de la prévalence de l'obésité, les estimations relatives à 1978-1979 et à 1986-1992 ont été normalisées selon l'âge en fonction de la population cible de 2004.

Changement marqué en 2004

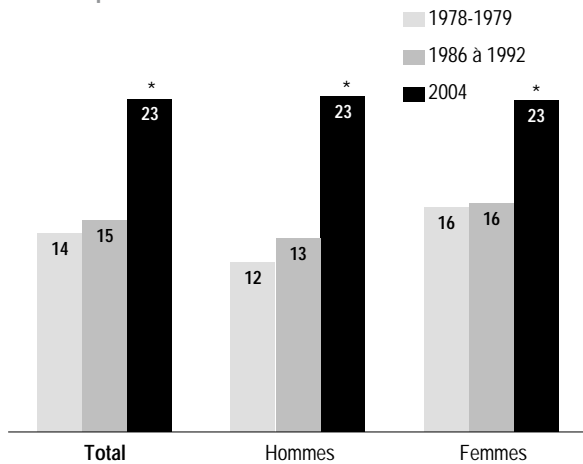
Dans l'ensemble, la répartition des adultes canadiens de 18 à 74 ans en fonction de l'IMC était similaire pour 1978-1979 et 1986-1992. En 2004, cependant, on constatait un déplacement évident vers les poids plus élevés (graphique 1, tableau A), comme en attestent, tant chez les hommes que chez les femmes, les différences observables dans les estimations de l'obésité (graphique 2). En 1978-1979, chez les hommes, le taux d'obésité corrigé pour tenir compte de l'âge était de 12 %. Pour la période 1986-1992, ce chiffre avait peu varié (13 %), mais en 2004, il avait presque doublé

pour atteindre 23 %. La tendance est comparable chez les femmes : en 1978-1979, puis de nouveau en 1986-1992, 16 % d'entre elles étaient obèses. Toutefois, en 2004, ce chiffre avait augmenté de façon significative pour se fixer à 23 %.

Différences entre les provinces

Entre 1986-1992 et 2004, la prévalence de l'obésité a augmenté de façon significative dans presque toutes les provinces (graphique 3). La Nouvelle-Écosse présentait l'unique exception. Bien que chez les femmes de cette province, la hausse ait été significative, chez les hommes, les estimations de l'obésité sont demeurées sensiblement les mêmes (tableau B). Les hausses les plus

Graphique 2
Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris

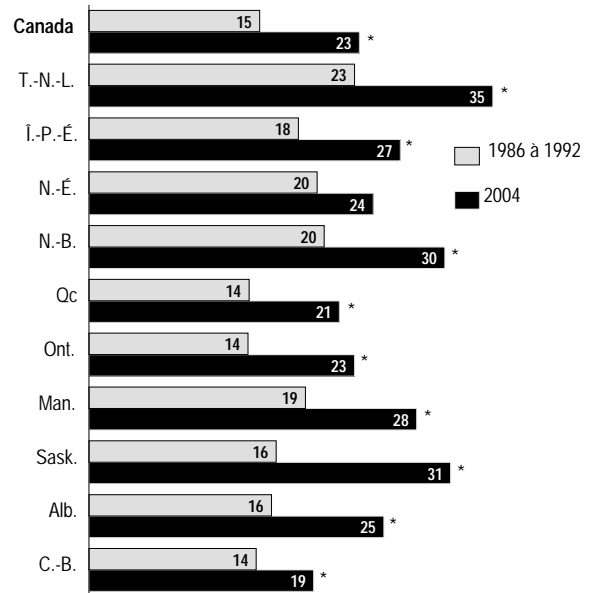


Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Pour chaque sexe, les estimations fondées sur l'Enquête santé Canada et les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire sont normalisées selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la population cible correspondante de l'ESCC de 2004.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).

Graphique 3
Pourcentage de personnes obèses, selon la province, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris



Sources des données : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Pour chaque province, l'estimation fondée sur les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire est normalisée selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la population cible correspondante de l'ESCC de 2004.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).

importantes du taux global d'obésité, soit celles dépassant 10 points de pourcentage, ont eu lieu en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Nouveau-Brunswick.

Les hommes deviennent obèses plus jeunes

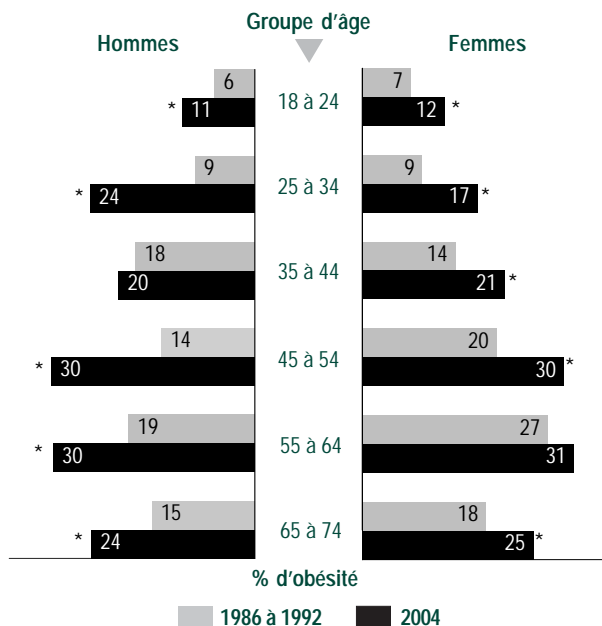
Chez les hommes, la probabilité d'être obèse a augmenté entre 1986-1992 et 2004, et ce, pour presque tous les groupes d'âge (graphique 4). En effet, le taux d'obésité a connu une hausse particulièrement forte parmi le groupe des 25 à 34 ans, chez qui il est passé de 9 % à 24 %. Une augmentation comparable a été observée chez les hommes de 45 à 54 ans : les 30 % enregistrés en 2004 étaient beaucoup plus élevés que les 14 % observés en 1986-1992. Parmi le groupe des

hommes plus jeunes, le taux de 6 % correspondant à la période 1986–1992 a atteint 11 % en 2004, ce qui représente une augmentation significative bien que faible.

Pour la période 1986–1992, la proportion d'hommes de 25 à 34 ans qui étaient obèses était relativement faible : 9 % contre 13 % pour l'ensemble des hommes (tableau A). En 2004, toutefois, la situation des hommes appartenant à ce groupe d'âge était moins avantageuse. De fait, comparativement au groupe des 18 à 24 ans, la probabilité que les hommes de 25 à 34 ans deviennent obèses avait plus que doublé, ce qui laisse entendre qu'aujourd'hui les hommes deviennent obèses plus jeunes.

Entre 1986-1992 et 2004, la prévalence de l'obésité chez les femmes a augmenté de façon significative dans la plupart des groupes d'âge. Toutefois, le groupe des 55 à 64 ans présentait une exception (graphique 4). Comparativement aux hommes, les femmes affichaient des taux de prévalence de l'obésité plus uniformes d'un groupe d'âge à l'autre.

Graphique 4
Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris



Sources des données : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

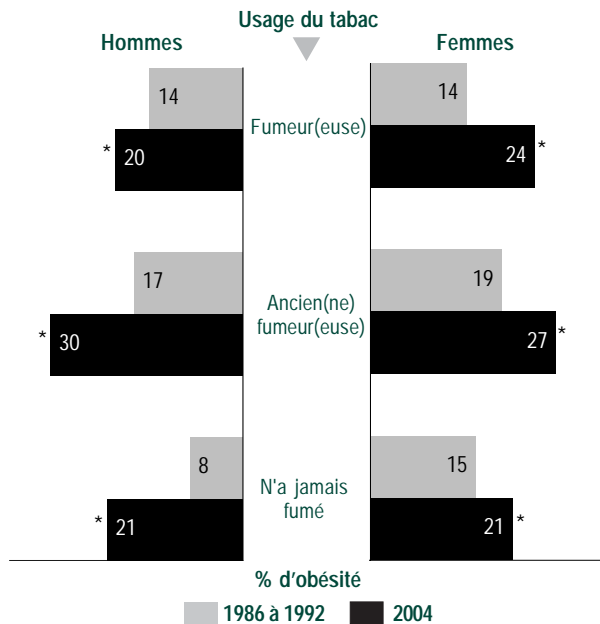
* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).

Usage du tabac

Entre 1986–1992 et 2004, la prévalence de l'obésité a augmenté chez les personnes des deux sexes sans égard à la situation quant à l'usage du tabac (graphique 5). Chez les hommes, la hausse a été plus prononcée parmi les anciens fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé que chez les autres (de 13 points dans les deux cas).

À l'instar des résultats d'une étude réalisée aux États-Unis⁸, les hommes et les femmes anciens fumeurs étaient plus susceptibles que les autres d'être obèses (tableau A). Cependant, comme les anciens fumeurs sont en moyenne plus âgés, et comme la prévalence de l'obésité tend à augmenter en fonction de l'âge, le facteur âge sous-tend peut-être cette association. Ainsi, lorsqu'on étudie l'association entre l'usage du tabac et l'obésité dans des modèles multivariés tout en tenant compte des effets de l'âge, chez les femmes, le fait d'être une ancienne fumeuse n'est plus associé à une probabilité plus grande d'être obèse, ni pour la

Graphique 5
Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et l'usage du tabac, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris



Sources des données : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Pour chaque groupe sexe usage du tabac, l'estimation fondée sur les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire est normalisée selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la population cible correspondante de l'ESCC de 2004.

** Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).*

période 1986–1992 ni pour 2004. Par contre, chez les hommes anciens fumeurs, la probabilité d'être obèse est constante pour les deux périodes (données non présentées).

Revenu et obésité

Pour la période 1986–1992, l'obésité tendait à être plus faible chez les personnes vivant dans les ménages ayant les revenus les plus élevés. En effet, les hommes vivant au sein d'un ménage à revenu moyen-supérieur ou supérieur étaient moins susceptibles d'être obèses que leurs homologues vivant au sein d'un ménage à revenu inférieur (tableau A). Parmi les femmes, celles qui faisaient

Mésure de la composition corporelle

La composition corporelle peut être déterminée par diverses méthodes, telles que la pesée hydrostatique (pesée dans l'eau), la mesure des plis cutanés, l'absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA) et la dilution isotopique¹. Certaines de ces méthodes exigent d'avoir un équipement coûteux ou de faire appel à des spécialistes ayant reçu une formation très poussée, et ne peuvent par conséquent pas être appliquées aux enquêtes à grande échelle. Une solution de rechange fréquemment employée est celle de l'indice de masse corporelle (IMC), qui consiste à comparer le poids d'une personne à sa taille ($IMC = \text{poids (kilogrammes)} / [\text{taille (mètres)}]^2$). L'IMC ne mesure pas directement la quantité de tissu adipeux, mais il y est fortement associé et peut être utilisé pour indiquer divers niveaux de risque pour la santé⁹.

Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé Canada, un IMC compris entre 25,0 et 29,9 correspond à un *surpoids* ou *embonpoint*, lequel est associé à un risque accru de présenter des problèmes de santé. Un IMC de 30,0 ou plus correspond à la catégorie *obésité* et est associé à un risque encore plus grand d'avoir des problèmes de santé.

L'évaluation du poids corporel au moyen de l'IMC présente plusieurs limites. Dans un premier temps, l'IMC ne mesure pas la quantité de tissu adipeux ou la répartition de celui-ci, ce qui est important, parce que l'excès de graisse dans la région abdominale est associé à un accroissement des risques pour la santé⁹. Dans un deuxième temps, l'IMC peut donner lieu à une fausse classification des jeunes adultes dont la croissance n'est pas terminée, des personnes naturellement minces ou très musclées, des personnes très grandes ou très petites et des personnes appartenant à certains groupes ethniques ou raciaux⁹. Pour ces raisons, l'IMC est une bonne mesure pour l'ensemble de la population, mais pas forcément pour les particuliers.

partie d'un ménage ayant un revenu supérieur, moyen-supérieur ou moyen-inférieur affichaient un taux d'obésité inférieur de plus de 10 points à celui observé chez les femmes du groupe de revenu inférieur.

Définitions des sous-populations et limites

La comparaison historique des estimations de l'obésité se rapportant à diverses sous-populations est souvent difficile en raison des différences dans la façon de mesurer les concepts ou dans le libellé des questions. Cependant, des comparaisons valables peuvent être établies entre les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire (ECSC) menées de 1986 à 1992 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004, notamment en ce qui a trait à la province, l'âge, l'usage du tabac et le revenu du ménage.

Les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire ont été réalisées à divers moments : dès 1986 en Nouvelle-Écosse, par exemple, et aussi tard qu'en 1992 en Ontario (tableau B). Ainsi, cela limite la mesure dans laquelle il est possible d'établir des comparaisons entre les provinces.

L'évaluation de la situation quant à l'*usage du tabac* différait légèrement entre l'ECSC et l'ESCC : dans le premier cas, le « tabac » s'entendait de la cigarette, du cigare et de la pipe, tandis que dans le deuxième, il se limitait à la cigarette.

Dans l'ECSC réalisé de 1986 à 1992, les fourchettes suivantes ont été utilisées pour déterminer le *revenu brut total du ménage* l'année précédente : moins de 12 000 \$; de 12 000 \$ à 24 999 \$; de 25 000 \$ à 49 999 \$; 50 000 \$ et plus. Lors de l'ESCC de 2004, les répondants devaient fournir le montant exact. Afin d'obtenir des catégories comparables, on a calculé la répartition pondérée des quatre groupes de revenu à l'ECSC de 1986-1992 (9 %, 18 %, 39 % et 34 %) et on l'a appliquée aux données sur le revenu exact de l'ESCC de 2004. Cet ajustement a donné lieu aux catégories de revenu suivantes en 2004 : moins de 17 500 \$; de 17 500 \$ à 34 999 \$; de 35 000 \$ à 70 999 \$; 71 000 \$ et plus.

En 2004, la relation entre l'obésité et le revenu avait changé. Chez les femmes, seules celles vivant au sein d'un ménage à revenu supérieur continuaient d'afficher un taux d'obésité relativement faible. Chez les hommes, cette association avait complètement disparu et à l'étude des résultats correspondant aux groupes ayant les revenus les plus restreints, on pouvait même constater que les hommes vivant dans les ménages

Sources des données

Des renseignements permettant de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) ont été recueillis dans le cadre de plusieurs enquêtes canadiennes. Certaines reposaient sur des mesures autodéclarées de la taille et du poids, alors que d'autres s'appuyaient sur des mesures directes de la taille et du poids. Étant donné les problèmes inhérents aux données autodéclarées, seules les enquêtes s'appuyant sur des mesures réelles ont été prises en compte dans la présente analyse. Au Canada, des mesures directes de la taille et du poids ont été recueillies dans le cadre de six enquêtes nationales : l'Enquête sur la nutrition de 1970 à 1972, l'Enquête santé Canada de 1978-1979, l'Enquête condition physique Canada de 1981, l'Enquête Campbell sur la santé et le bien-être au Canada de 1988, les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire de 1986 à 1992 et, plus récemment, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004 : Nutrition. Des études antérieures laissent entendre que l'Enquête condition physique Canada de 1981 et l'Enquête Campbell sur la santé et le bien-être au Canada de 1988 ne sont pas directement comparables aux autres enquêtes parce qu'elles mettaient l'accent sur la condition physique, et non pas sur la santé. Certains pensent que cela pourrait avoir introduit un biais de non-réponse au volet des enquêtes portant sur la condition physique¹⁰. L'Enquête sur la nutrition de 1970 à 1972 n'a pas été utilisée dans la présente analyse sur la prévalence de l'obésité à cause du faible taux de réponse¹⁰.

L'Enquête santé Canada (ESC) a été menée de mai 1978 à mars 1979. Le taux de réponse a été de 77 %¹¹. Un sous-échantillon de répondants ont été sélectionnés pour participer au volet de l'enquête sur les mesures physiques, dans le cadre duquel on recueillait des mesures directes de la taille et du poids. Le taux de réponse à ce volet a été de 72 %, ce qui donne un taux global de réponse de 55 %. Des mesures de la taille et du poids ont été obtenues auprès de 4 029 personnes de 18 à 74 ans.

Les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire (ECSC) ont été réalisées entre 1986 et 1992 dans les dix provinces. Un échantillon probabiliste a été formé à partir de fichiers d'inscription à l'assurance-maladie¹². Le taux de réponse à l'ECSC a été de 78 %¹² et l'IMC fondé sur des mesures directes a été calculé pour 86 % de ces répondants, ce qui donne un taux de réponse global de 67 %. Des mesures de la taille et du poids ont été obtenues auprès de 19 841 personnes de 18 à 74 ans.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 : Nutrition visait à recueillir des renseignements sur l'état nutritionnel des Canadiens à l'échelle provinciale (voir http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm). Le taux de réponse a été de 76,5 %. Des mesures directes de la taille et du poids ont été obtenues auprès de 57,5 % d'adultes de 18 ans et plus, ce qui donne un taux de réponse global de 44 %. (Pour plus de renseignements sur les causes de la non-réponse et les biais pouvant en découler, voir *Limites* dans l'article de Michael Tjepkema, dans le présent numéro.) La présente analyse est fondée sur 10 586 adultes de 18 à 74 ans.

Le champ d'observation des trois enquêtes sur lesquelles se fonde le présent article excluait les résidents des territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, les personnes vivant en établissement, les membres de la force régulière des Forces armées et les civils vivant dans les bases militaires. Toutes les estimations ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des populations cibles pertinentes. Les erreurs-types et les coefficients de variation des estimations produites d'après l'ESC de 1978-1979 ont été calculés au moyen de SUDAAN, qui applique la méthode de linéarisation par développement en série de Taylor, pour tenir compte du plan de sondage complexe de l'enquête¹³. Pour l'ECSC de 1986-1992, les erreurs-types ont été calculées au moyen de la formule applicable à l'échantillonnage aléatoire simple avec intégration d'un effet de plan (1,5) pour tenir compte du plan de sondage de l'ECSC. Pour l'ESCC de 2004, les erreurs-types ont été estimées par la méthode du *bootstrap*^{14,15}. Un niveau de signification de 0,05 a été appliqué dans tous les cas.

Afin de comparer la prévalence de l'obésité, les données provenant de l'ESC de 1978-1979 et de l'ECSC de 1986 à 1992 ont été normalisées en fonction de l'âge en appliquant à chaque sous-population la répartition par âge de la sous-population correspondante de l'ESCC de 2004. Six groupes d'âge ont été utilisés : 18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, et 65 ans et plus.

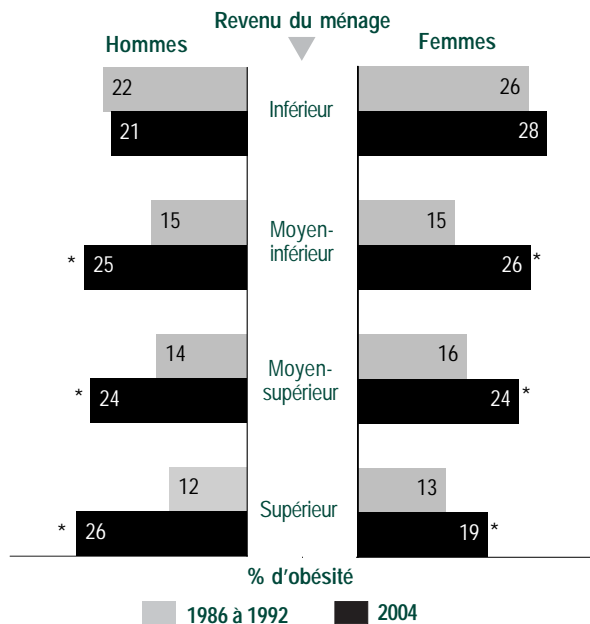
à revenu élevé étaient plus susceptibles que les autres d'être obèses².

La nature changeante de la relation entre l'obésité et le revenu se dégage aussi lorsqu'on compare entre elles certaines estimations de l'obésité pour 1986-1992 et pour 2004. Tant chez l'homme que chez la femme, la prévalence de l'obésité était beaucoup plus élevée en 2004 pour les groupes de

revenu moyen-inférieur, moyen-supérieur et supérieur (graphique 6). Par contre, pour le groupe de revenu inférieur, le taux n'avait pas changé en 2004. En outre, la hausse de la prévalence de l'obésité chez les hommes était particulièrement prononcée parmi ceux du groupe de revenu supérieur, le taux de 12 % enregistré en 1986-1992 étant passé à 26 % en 2004. Parmi les femmes du même groupe, l'augmentation était moins prononcée, le taux correspondant étant allé de 13 % à 19 %.

Graphique 6

Pourcentage de personnes obèses, selon le sexe et le revenu du ménage, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris



Sources des données : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Pour chaque groupe sexe revenu du ménage, l'estimation fondée sur les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire est normalisée selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la population cible correspondante de l'ESCC de 2004.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).

Margot Shields (613 951 4177; Margot.Shields@Statcan.ca) et Michael Tjepkema travaillent à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, à Ottawa, Ontario, K1A 0T6 et au bureau régional de Toronto, 25, avenue St. Clair Est, Toronto (Ontario) M4T 1M4, respectivement.

Les auteurs remercient Wayne Millar de son aide lors de l'analyse des données des Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* (OMS, Série de rapports techniques n° 894), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
2. M. Tjepkema, « Obésité chez les adultes », *Rapports sur la santé*, 17(3), 2006, p. 9-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. 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.
4. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
5. M.L. Rowland, « Reporting bias in height and weight data », *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, 70(2), 1989, p. 2-11.
6. 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.
7. M. St-Pierre et Y. Béland, « Mode effects in the Canadian Community Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, Toronto, août 2004.
8. K.M. Flegal, R.P. Troiano, E.R. Pamuk *et al.*, « The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States », *The New England Journal of Medicine*, 333(18), 1995, p. 1165-1170.
9. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003 (Santé Canada, n° H49-179 / 2003F au catalogue).
10. 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.
11. Santé et bien-être social Canada et Statistique Canada, *La santé des Canadiens, rapport de l'Enquête santé Canada*, Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services, 1981.
12. D.R. MacLean, A. Petrasovits, M. Nargundkar *et al.*, « Canadian Heart Health Surveys: A profile of cardiovascular risk survey methods and data analysis », *Canadian Medical Association Journal*, 146(11), 1992, p. 1969-1974.
13. B.V. Shah, G.B. Barnwell et G.S. Bieler, *SUDAAN User's Manual, Release 7.5*, Research Triangle Park, Caroline du Nord, Research Triangle Institute, 1997.
14. 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).
15. 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.

Tableau A

Pourcentage de personnes obèses, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris, 1986 à 1992 et 2004

	1986 à 1992		2004
	Estimation brute	Estimation normalisée selon l'âge	%
	%	%	%
Total, les deux sexes	14,0	14,6	23,1*
Hommes [†]	13,1	13,4	23,2*
Femmes	14,9 ↑	15,8	22,9*
Groupe d'âge			
Hommes			
18 à 24	5,9 ↓		10,7*E ↓
25 à 34	8,8 ↓		24,2*
35 à 44	17,5 ↑		20,0
45 à 54	13,7		29,9* ↑
55 à 64	18,5 ↑		29,6* ↑
65 à 74	15,1 ↑		24,0*
Femmes			
18 à 24	7,1 ↓		12,1* ↓
25 à 34	8,8 ↓		16,9* ↓
35 à 44	13,7		20,9*
45 à 54	19,7 ↑		29,6* ↑
55 à 64	27,3 ↑		31,1 ↑
65 à 74	18,2 ↑		25,1*
Usage du tabac			
Hommes			
Fumeur	13,0	14,4	19,7*
Ancien fumeur	17,0 ↑	16,8	29,7* ↑
N'a jamais fumé	8,0 ↓	8,2	21,0*
Femmes			
Fumeuse	12,6 ↓	14,0	23,9*
Ancienne fumeuse	16,6 ↑	19,1	27,0* ↑
N'a jamais fumé	15,4	15,3	20,7* ↓
Household income			
Hommes			
Inférieur [†]	18,0	21,9	20,7 ^E
Moyen-inférieur	14,4	14,6	24,7*
Moyen-supérieur	13,3 ↓	13,8	23,8*
Supérieur	12,1 ↓	11,8	25,9*
Femmes			
Inférieure [†]	25,5	25,5	28,3
Moyen-inférieur	14,1 ↓	14,5	25,8*
Moyen-supérieur	14,8 ↓	16,2	24,1*
Supérieur	12,5 ↓	13,1	19,4* ↓

Sources des données : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Pour chaque sous-population, l'estimation fondée sur les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire est normalisée selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la sous-population cible correspondante de l'ESCC de 2004.

† Catégorie de référence; pour le groupe d'âge et l'usage du tabac, chaque estimation a été comparée à l'estimation pour les autres catégories regroupées.

* Pour les groupes d'âge, valeur significativement plus élevée que l'estimation brute pour 1986 à 1992; pour les autres variables, valeur significativement plus élevée que l'estimation normalisée selon l'âge pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).

↑ Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

↓ Valeur significativement plus faible que l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

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

Table B

Pourcentage de personnes obèses, selon la province et le sexe, population à domicile de 18 à 74 ans, Canada, territoires non compris, 1986 à 1992 et 2004

Province (date, Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire)	1986-92		2004
	Estimation brute %	Estimation normalisé selon l'âge %	%
Canada	14,0	14,6	23,1*
Terre Neuve (1988-1989)	21,6 ↑	22,7	34,5* ↑
Île-du-Prince-Édouard (1988)	16,0	17,9	26,6*
Nouvelle-Écosse (1986)	18,6 ↑	19,5	24,3
Nouveau-Brunswick (1988)	18,2 ↑	20,1	30,4* ↑
Québec (1990)	12,7	13,7	21,4*
Ontario (1992)	13,1	13,6	22,7*
Manitoba (1989-1990)	17,3 ↑	18,5	28,5* ↑
Saskatchewan (1989-1990)	15,8	16,0	30,9* ↑
Alberta (1990)	14,9	15,6	25,2*
Colombie-Britannique (1989)	14,1	14,3	19,2* ↓
Hommes	13,1	13,4	23,2*
Terre Neuve (1988-1989)	21,9 ↑	22,9	33,4* ↑
Île-du-Prince-Édouard (1988)	16,8 ↑	19,5	22,0
Nouvelle-Écosse (1986)	19,6 ↑	21,0	18,8 ^E
Nouveau-Brunswick (1988)	17,4 ↑	19,7	32,4* ↑
Québec (1990)	12,7	13,6	20,7*
Ontario (1992)	11,1 ↓	10,9	23,3*
Manitoba (1989-1990)	18,1 ↑	19,0	30,9* ↑
Saskatchewan (1989-1990)	16,9 ↑	17,5	29,0*
Alberta (1990)	14,6	15,4	28,4*
Colombie-Britannique (1989)	12,0	12,2	18,1
Femmes	14,9	15,8	22,9*
Terre Neuve (1988-1989)	21,3 ↑	23,0	35,7* ↑
Île-du-Prince-Édouard (1988)	15,2	16,4	31,0* ↑
Nouvelle-Écosse (1986)	17,6	18,3	29,6*
Nouveau-Brunswick (1988)	19,0 ↑	20,5	28,4
Québec (1990)	12,8 ↓	13,9	22,1*
Ontario (1992)	15,1	16,2	22,2*
Manitoba (1989-1990)	16,5	18,0	26,0*
Saskatchewan (1989-1990)	14,8	14,4	32,9* ↑
Alberta (1990)	15,1	15,9	21,9*
Colombie-Britannique (1989)	16,1	16,5	20,3

Sources des données : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986 à 1992; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004

Nota : Pour chaque sous-population, l'estimation fondée sur les Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire est normalisée selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la sous-population cible correspondante de l'ESCC de 2004. Pour chaque province, la catégorie de référence est l'estimation pour le Canada moins cette province.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation normalisée selon l'âge pour 1986 à 1992 ($p < 0,05$).

↑ Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

↓ Valeur significativement plus faible que l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

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