



Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
Numéro 1

Obésité mesurée
Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés

par Michael Tjepkema

Études et rapports analytiques
3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, K1A 0T6

Téléphone: 1 416 952-4620



Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés

par Michael Tjepkema

- En 2004, près du quart (23,1 %) des adultes canadiens, soit 5,5 millions de personnes de 18 ans et plus, étaient obèses. En outre, 36,1 % des adultes (8,6 millions) faisaient de l'embonpoint.
- La proportion de personnes obèses était beaucoup plus élevée en 2004 qu'en 1978-1979, lorsque le taux d'obésité au Canada s'établissait à 13,8 %.
- La probabilité qu'une personne déclare de l'hypertension, du diabète ou une maladie cardiaque augmente à mesure que croît l'indice de masse corporelle (IMC).
- Les personnes obèses ont tendance à être sédentaires durant leur temps libre et à ne consommer des fruits et des légumes que peu souvent.
- Le taux d'obésité des adultes est beaucoup plus faible au Canada qu'aux États-Unis, soit 23,1 % comparativement à 29,7 %.

La proportion de Canadiens qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses a augmenté de façon spectaculaire ces dernières années, phénomène se reflétant à l'échelle mondiale¹⁻⁴. Les répercussions de l'excès de poids sur la santé sont bien connues. Il s'agit d'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 au surpoids^{5,8}.

Pendant plus d'une décennie, l'information sur le poids des Canadiens a été fondée sur des autodéclarations : les participants aux enquêtes déclaraient leur taille et leur poids plutôt que d'être mesurés et pesés. Cependant, il est reconnu que les données autodéclarées entraînent une sous-estimation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité⁹⁻¹². L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Nutrition de 2004, dans le cadre de laquelle le poids et la taille des participants ont été mesurés directement, permet de brosser un tableau plus exact (voir *Annexe A : Sources des données et techniques d'analyse*).

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

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) de 30 et plus, ce qui indique qu'ils étaient obèses (tableau 1) (voir *Annexe B : Qu'est-ce que l'IMC?*). Cette proportion est beaucoup plus élevée que celle calculée d'après les données autodéclarées recueillies en 2003. En effet, elles ont révélé un taux d'obésité de 15,2 % (voir *Annexe C : La méthodologie importe*), alors qu'une autre proportion d'adultes, c'est-à-dire 8,6 millions ou 36,1 %, faisaient de l'embonpoint.

Parmi les personnes obèses, l'IMC varie fortement. Par conséquent, l'obésité est 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 risque est très élevé; chez celles de la classe III (IMC de 40 et plus), il est extrêmement élevé. En 2004, 15,2 % des adultes canadiens se trouvaient dans la classe I d'obésité, 5,1 %, dans la classe II et 2,7 %, dans la classe III (tableau 1).

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 année-là, le taux d'obésité corrigé pour tenir compte de l'âge s'établissait à 13,8 %, c'est-à-dire qu'il était nettement inférieur au taux de 23,1 % enregistré en 2004 (tableau 2). L'augmentation est évidente pour chacune des trois catégories d'obésité, particulièrement pour les classes II et III. La proportion d'adultes de la classe II est passée de 2,3 % à 5,1 % et celle de la classe III, de 0,9 % à 2,7 %.

Durant cette période, le taux d'obésité a augmenté pour tous les groupes 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 chez celles 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 % en 1978-1979 à 20,5 % en 2004. L'ampleur de l'augmentation est à peu près la même chez les personnes de 75 ans et plus, pour lesquelles le taux est passé de 10,6 % à 23,6 %.

L'IMC moyen des adultes est passé de 25,1 en 1978-1979 à 27,0 en 2004, et la répartition de la population adulte en fonction de l'IMC s'est déplacée vers l'extrémité lourde du continuum (graphique 2).

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. Toutefois, si l'on examine séparément les trois catégories d'obésité, une différence entre les sexes se dégage. En effet, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes appartenaient à la classe III (tableau 1, graphique 3).

Tant pour les hommes que pour les femmes, les taux d'obésité étaient les plus faibles chez les 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). Cependant, la proportion de personnes âgées obèses était plus faible, soit environ 25 %.

Variations interprovinciales

À part quelques exceptions, les taux d'obésité ne varient pas fortement selon la province (graphique 5). En 2004, le taux d'obésité des hommes était nettement supérieur à la moyenne nationale (22,9 %) à Terre-Neuve-et-Labrador (33,3 %) et au Manitoba (30,4 %). Chez les femmes, il était supérieur à la moyenne nationale (23,2 %) à Terre-Neuve-et-Labrador (34,5 %), en Nouvelle-Écosse (30,3 %) et en Saskatchewan (32,9 %).

Comparaisons entre le Canada et les États-Unis

Alors qu'au Canada les taux d'obésité sont, pour la plupart, fondés sur des données autodéclarées, aux États-Unis, ils sont calculés d'après des mesures réelles de la taille et du poids depuis le début des années 1960. Grâce aux données reposant sur des mesures directes de l'ESCC de 2004, il est possible de comparer la prévalence de l'obésité dans les deux pays.

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 observée au Canada en 2004 (23,1 %). La plus grande partie de cette différence est attribuable à la situation des femmes. Alors que 23,2 % des Canadiennes étaient obèses, la proportion d'Américaines obèses s'établissait à 32,6 %. En outre, dans chaque catégorie d'obésité (classes I, II et III), la proportion d'Américaines est plus forte que la proportion de Canadiennes (tableau 3). L'écart entre les taux d'obésité des Américaines et des Canadiennes s'observe chez tous les groupes d'âge, à l'exception des 45 à 54 ans et des 75 ans et plus (graphique 6).

En ce qui concerne les hommes, le taux d'obésité ajusté selon l'âge des Canadiens était de 22,9 %, ce qui constitue une valeur beaucoup plus faible que le taux de 26,7 % enregistré par les Américains. Cependant, cet écart reflète principalement l'obésité de la classe III : les Américains étaient beaucoup plus susceptibles que leurs homologues canadiens d'avoir un IMC de 40 et plus. Les proportions de Canadiens et d'Américains dont l'IMC correspondait à la classe 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 proportionnellement plus nombreux à être obèses que leurs homologues canadiens (graphique 7).

La composition ethnique de la population des deux pays pourrait expliquer certaines différences, puisque des études ont démontré que les taux d'obésité varient selon l'origine ethnique¹³. Néanmoins, si l'on compare les taux d'obésité des Américains et des Canadiens de race blanche, les femmes étaient

beaucoup plus susceptibles d'être obèses aux États-Unis qu'au Canada : 30,3 % par rapport à 24,8 % (tableau 3) (voir *Annexe D : Définitions*). Par contre, les pourcentages d'hommes américains et canadiens de race blanche qui étaient obèses ne différaient pas.

Au Canada, le taux d'obésité des personnes d'origine autochtone (vivant hors réserve) était considérablement élevé, soit 37,6 %, ce qui représente environ 1,6 fois la moyenne nationale (tableaux A, B et C). Ces résultats concordent avec ceux d'autres études fondées sur des données autodéclarées¹³.

Liée au mode de vie

Comme il fallait s'y attendre, la probabilité d'être obèse est liée au régime alimentaire et à l'exercice 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 8). 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. Une autre étude a également démontré que l'obésité est associée indépendamment à la consommation peu fréquente de fruits et de légumes¹⁴. Cependant, comme les données de l'ESCC sont transversales, la direction de cette relation ne peut être déterminée (voir *Annexe E : Limites*).

L'activité physique est, elle aussi, associée à la prévalence de l'obésité. Les personnes sédentaires durant leur temps de loisirs sont plus susceptibles d'être obèses que celles qui sont physiquement actives. Ainsi, 27,0 % des hommes sédentaires étaient obèses comparativement à 19,6 % des hommes actifs. Chez les femmes, les taux d'obésité étaient élevés non seulement pour celles qui étaient sédentaires durant leur temps libre, mais aussi pour celles qui étaient modérément actives (graphique 9). Ces relations demeurent statistiquement significatives lorsqu'on tient compte des effets de l'âge et du statut socioéconomique.

Différences socioéconomiques

Le taux d'obésité varie selon l'état matrimonial chez la femme, ce qui n'est pas le cas chez l'homme (graphique 10). Environ le quart des hommes et des femmes mariés de 25 ans ou plus étaient obèses. Le taux était beaucoup plus élevé chez les femmes séparées ou divorcées (30,0 %). Par contre, les pourcentages d'hommes mariés, séparés ou divorcés, veufs 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 élevés que ceux ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires (graphique 11). 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. Chez les femmes, celles appartenant à un ménage à revenu moyen ou moyen-supérieur affichaient un taux d'obésité beaucoup plus élevé que celles vivant au sein des ménages ayant les revenus les plus élevés (graphique 12). Lorsqu'on tient compte des effets de l'âge, les résultats obtenus chez les hommes persistent, alors que chez les femmes, uniquement celles vivant dans des ménages à revenu moyen affichaient un taux d'obésité considérablement élevé.

Problèmes de santé chroniques

Faire de l'embonpoint ou être obèse est 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. La proportion passait à un peu plus de 15 % chez ceux et celles qui faisaient de l'embonpoint et à plus de 20 % chez ceux et celles qui étaient obèses (graphique 13, 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, le surpoids est tout de même fortement associé au fait de déclarer souffrir d'hypertension (tableau 5) (voir *Annexe E : Limites*).

Un IMC élevé constitue un facteur de risque de diabète de type 2¹⁵. Alors que seulement 2,1 % des hommes se trouvant dans la catégorie d'IMC normale déclaraient faire du diabète, la proportion de ceux qui faisaient de l'embonpoint était de 3,7 % et chez ceux qui étaient obèses, elle avait presque triplé (au moins 11 %) (graphique 14). Le profil était semblable pour les femmes. Et 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 (tableau 5).

La prévalence de la maladie cardiaque augmente avec l'IMC chez les hommes. Alors que 2,8 % des hommes dont l'IMC était normal ont déclaré 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 (graphique 15). 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).

Chez les femmes, la prévalence de la maladie cardiaque ne variait pas beaucoup en fonction de l'IMC, à l'exception de celles appartenant à la classe I d'obésité qui étaient un peu plus susceptibles de souffrir de cette maladie que les femmes dont l'IMC était normal. Cependant, si l'on tient compte des effets d'autres facteurs démographiques, socioéconomiques et de ceux liés au mode de vie, cette relation disparaît.

Mot de la fin

Si l'on savait, de façon générale, que les taux d'obésité avaient énormément augmenté au Canada au cours du dernier quart de siècle, l'ampleur de l'augmentation était incertaine, car les estimations reposaient sur des données autodéclarées. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Nutrition de 2004, qui s'appuient sur des mesures directes de la taille et du poids, révèlent que 23 % d'adultes étaient obèses. Bien qu'il soit en hausse par rapport aux 14 % enregistrés 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 — près de 60 % — se trouvaient donc dans une fourchette de poids qui augmentait leur risque de manifester des problèmes de santé. En fait, selon les résultats de l'ESCC, la probabilité d'être hypertendu, diabétique ou cardiaque s'accroît avec l'IMC, et bon nombre de personnes risquent de voir leur poids augmenter. Une étude longitudinale a démontré que les personnes faisant de l'embonpoint sont beaucoup plus susceptibles de continuer à gagner du poids plutôt que d'en perdre¹⁶.

Remerciements

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

Annexe A

Sources des données et techniques d'analyse

On s'est servi des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Nutrition de 2004 pour produire les taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes de 18 ans et plus selon certains facteurs démographiques, socioéconomiques et ceux liés au mode de vie (voir <http://www.statcan.ca/français/concepts/hs/index.htm#content>). L'ESCC de 2004 a été conçue afin de recueillir, à l'échelle provinciale, des renseignements sur l'état nutritionnel de la population canadienne (voir <http://www.statcan.ca/français/concepts/hs/index.htm#content>). Sont exclus du champ de l'enquête les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, ainsi que les membres réguliers des Forces canadiennes. Le taux de réponse a été de 76,5 %. Des mesures directes de la taille et du poids ont été prises auprès de 57,5 % des adultes (18 ans et plus) ayant participé à l'enquête (voir *Annexe E : Limites*).

Les taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes américains ont été estimés d'après les données de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) pour la période de 1999-2002. Dans le cadre de cette enquête, des mesures de la taille et du poids ont été obtenues auprès de 9 488 répondants de 18 ans et plus.

Les estimations historiques des taux d'obésité au Canada, fondées sur des mesures directes de la taille et du poids, proviennent de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 et de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire, qui a eu lieu dans diverses provinces entre 1986 et 1992. Les taux s'appuyant sur des données autodéclarées proviennent de l'Enquête sur la promotion de la santé de 1985 et de 1990, des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population et des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC.

Les estimations historiques pour les États-Unis et le Canada utilisées dans la présente analyse s'appuient sur des données pondérées.

On s'est servi de statistiques descriptives pour estimer, en fonction de certaines caractéristiques, la proportion d'adultes qui étaient obèses (tableaux A, B et C). Des mesures directes de la taille et du poids ont été obtenues auprès de 12 428 participants 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 et en se basant sur des classes de propension à répondre. Des variables telles que la province, l'âge, le sexe, le revenu du ménage, l'origine ethnique, le niveau de scolarité, l'activité physique, la consommation de fruits et de légumes ainsi que 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 Seeker*¹⁷ 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 les estimations comprises dans la présente analyse. Les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés à l'aide de la technique du bootstrap, qui tient compte des effets du plan d'enquête¹⁸⁻²⁰.

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 est 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 trois.

Les erreurs-types et les coefficients de variation pour les estimations calculées d'après les données de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 et de la NHANES de 1999-2002 ont été estimés au moyen de SUDAAN, qui utilise une méthode de linéarisation par développement en série de Taylor pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe.

Pour comparer les taux d'obésité entre les enquêtes, les données ont été normalisées selon l'âge d'après l'ESCC de 2004 et en utilisant la méthode directe. Les six groupes d'âge utilisés sont les suivants :

Groupe d'âge	Population (2004)	Proportion
Total	23 985 070	1,000
De 18 à 24 ans	3 144 054	0,1311
De 25 à 34 ans	3 826 186	0,1595
De 35 à 44 ans	5 105 776	0,2129
De 45 à 54 ans	4 797 883	0,2000
De 55 à 64 ans	3 340 787	0,1393
65 ans et plus	3 770 384	0,1572

Des modèles de régression logistique ont été utilisés 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.

Annexe B

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 de nouvelles lignes directrices canadiennes, en harmonie avec celles de l'Organisation mondiale de la santé, l'IMC est réparti en six catégories, représentant chacune un niveau de risque différent :

	Fourchette d'IMC	Risque de manifester des problèmes de santé
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 :

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

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

Par exemple, les seuils de poids pour une personne de 5 pi 10 po (1,78 m) et pour une personne de 5 pi 4 po (1,63 m) seraient :

	Taille 70 po/1,78 m		Taille 64 po/1,63 m	
	Poids		Poids	
	(lb)	(kg)	(lb)	(kg)
Insuffisance pondérale	128 ou moins	58,4 ou moins	107 ou moins	49 ou moins
Poids normal	de 129 à 173	de 58,5 à 79,0	de 108 à 145	de 49,1 à 66,2
Embonpoint	de 174 à 208	de 79,1 à 94,8	de 146 à 174	de 66,3 à 79,5
Obésité de classe I	de 209 à 243	de 94,9 à 110,7	de 175 à 203	de 79,6 à 92,8
Obésité de classe II	de 244 à 278	de 110,8 à 126,5	de 204 à 232	de 92,9 à 106,1
Obésité de classe III	279 et plus	126,6 et plus	233 et plus	106,2 et plus

Annexe C

La méthodologie importe

Aux États-Unis, les données de la National Health and Nutritional Examination Survey révèlent une forte hausse du taux d'obésité chez les adultes entre 1976-1980 et 1988-1994, puis de nouveau, entre 1988-1994 et 1999-2002²¹.

Au Canada, il est difficile de déterminer avec précision quand les taux d'obésité ont augmenté, en raison des différences entre les méthodes utilisées pour recueillir les renseignements sur le poids et la taille. Des taux d'obésité comparables²² chez les adultes de 18 ans et plus, fondés sur des mesures directes du poids et de la taille, peuvent être calculés pour la période de 1978-1979, pour celle de 1986-1992 et pour l'année 2004 (graphique 16) (voir *Annexe A : Sources des données et techniques d'analyse*). Ces données révèlent peu de changement dans les taux d'obésité entre 1978-1979 et 1986-1992, mais plutôt un accroissement important en 2004.

Cette hausse est parallèle à celle des données autodéclarées, bien que les pourcentages soient systématiquement plus faibles (graphique 16). Les taux d'obésité fondés sur des données autodéclarées montrent un accroissement important entre 1985 et 1994-1995. Les taux se sont ensuite stabilisés de 1994-1995 à 2003.

Entre 2003 et 2004, moment où l'on a changé la méthode de collecte pour passer des données autodéclarées aux mesures directes, les taux d'obésité ont augmenté fortement, ce qui n'est pas étonnant, car les données autodéclarées affichent des taux plus faibles d'embonpoint et d'obésité⁹⁻¹². Les femmes ont tendance à sous-estimer leur poids, alors que les hommes sont enclins à surestimer leur taille. En outre, plus le niveau d'IMC est élevé, plus la personne a tendance à sous-estimer son poids²³.

Un autre problème que posent les taux d'embonpoint et d'obésité fondés sur des données autodéclarées est la variation du mode de collecte. Les données autodéclarées durant les interviews sur place produisent des taux d'obésité plus élevés que celles recueillies au moyen d'interviews téléphoniques²⁴. En 1985 et 1990, toutes les interviews ont été réalisées par téléphone; en 1994-1995, elles ont presque toutes été réalisées sur place; en 1996-1997 et en 1998-1999, la plupart ont été effectuées par téléphone; en 2000-2001, environ la moitié ont été réalisées sur place et l'autre moitié par téléphone; et en 2003, environ le quart ont été menées sur place.

Annexe D

Définitions

Pour évaluer la *fréquence de la consommation de fruits et de légumes*, on s'est servi des questions du Behavioural Risk Factor Surveillance System des États-Unis²⁵. Voici les questions qu'on a posées aux répondants :

- 1) « 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)?
- 2) Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?
- 3) À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte?
- 4) À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?
- 5) À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes?
- 6) 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* 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 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 et d'après la demande d'énergie métabolique (valeur de l'équivalent métabolique ou MET) de chaque activité, laquelle a été déterminée indépendamment²⁶.

$$DE = \Sigma (N_i * D_i * MET_i / 365 \text{ jours}), \text{ où}$$

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 le coût énergétique métabolique causé par l'activité i .

Les personnes dont la DE était égale ou supérieure à 3 kilocalories par kilo par jour (KKJ) ont été considérées comme *actives*, celles dont la DE variait entre 1,5 et 2,9 KKJ, comme *modérément actives* et celles dont la DE était inférieure à 1,5 KKJ, comme *sédentaires*.

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

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'ESCC.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de membres du ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4 5 et plus	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2 3 ou 4 5 et plus	De 10 000 \$ à 14 999 \$ De 10 000 \$ à 19 999 \$ De 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2 3 ou 4 5 et plus	De 15 000 \$ à 29 999 \$ De 20 000 \$ à 39 999 \$ De 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2 3 ou 4 5 et plus	De 30 000 \$ à 59 999 \$ De 40 000 \$ à 79 999 \$ De 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2 3 et plus	60 000 \$ 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, un diplôme d'études secondaires, des études postsecondaires partielles et un diplôme d'études postsecondaires.

Pour 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. Trois problèmes de santé ont été retenus pour la présente analyse, à savoir l'*hypertension*, le *diabète* et la *maladie cardiaque*.

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)?
4. Noir?
5. Philippin?
6. Latino-Américain?
7. Asiatique du Sud-Est (p. ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien)?
8. Arabe?
9. Asiatique occidental (p. ex. Afghan, Iranien etc.)?

10. Japonais?
11. Coréen?
12. Autochtone (Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)?
13. Autre — Veuillez préciser. »

Dans la présente analyse, on s'est servi de la catégorie 1 pour établir 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 du Sud-Est/de l'Est (2, 5, 7, 10, 11); Autochtone vivant hors réserve (12); Autre (3, 6, 8, 9, 13). Les réponses multiples englobant plusieurs catégories définies ici ont été codées « Autre ».

Annexe E

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. Une technique spéciale a été utilisée pour réduire la possibilité de ce genre de biais (voir *Annexe A : Sources des données et techniques d'analyse*).

Les raisons énumérées pour ne pas mesurer la taille et le poids d'un répondant étaient : refus (13,6 %); matériel de mesure non disponible (9,0 %); trop grand pour que l'intervieweur puisse prendre les mensurations (7,1 %); interview téléphonique (4,5 %); difficulté à trouver un moment pour l'interview (3,5 %); état physique du répondant (1,8 %); autre (3,0 %). Dans l'ensemble, le taux de réponse des hommes était plus faible que celui des femmes : 54 % par rapport à 61 %.

Répartition en pourcentage des répondants, selon l'obtention de mesures directes 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	42,5	45,6	39,4
Raison			
Refus	13,6	13,0	14,2
Matériel de mesure	9,0	8,6	9,3
Trop grand pour que l'intervieweur puisse prendre les mensurations	7,1	11,5	2,8
Interview téléphonique	4,5	4,5	4,4
Conditions de l'interview	3,5	4,2	2,8
État physique	1,8	1,4	2,1
Autre	3,0	2,3	3,8

Le taux de réponse des hommes variait considérablement selon l'âge, la province et le revenu du ménage et celui des femmes, selon la province, la consommation de fruits et de légumes, l'état matrimonial et le revenu du ménage.

Taux de réponse concernant la mesure directe de la taille et du poids, selon certaines caractéristiques					
	Hommes		Femmes		
	%	%		%	%
Total	54	61			
			Province		
			Terre-Neuve-et-Labrador	67 ↑	73 ↑
Groupe d'âge			Île-du-Prince-Édouard	59	72 ↑
De 18 à 24 ans	57	64	Nouvelle-Écosse	65 ↑	69 ↑
De 25 à 34 ans	52	61	Nouveau-Brunswick	43 ↓	63
De 35 à 44 ans	56	58	Québec	62 ↑	67 ↑
De 45 à 54 ans	49 ↓	61	Ontario	48 ↓	53 ↓
De 55 à 64 ans	56	62	Manitoba	66 ↑	69 ↑
De 65 à 74 ans	59	59	Saskatchewan	51	64
75 ans et plus	57	60	Alberta	57	62
			Colombie-Britannique	53	64
État matrimonial (25 ans et plus)					
Marié	54	62 ↑	Consommation de fruits et de légumes		
Veuf	54	60	Moins de 2 fois par jour	54	60
Séparé ou divorcé	55	57	De 2 fois à moins de 5 fois par jour	54	59
Jamais marié	53	56	5 fois et plus par jour	56	63 ↑
Niveau de scolarité (25 à 64 ans)					
Pas de diplôme d'études secondaires	53	57	Activités durant les loisirs		
Diplôme d'études secondaires	56	65	Actif	57	59
Études postsecondaires partielles	47	56	Modérément actif	56	61
Diplôme d'études postsecondaires	53	60	Sédentaire	53	61
Revenu du ménage			Hypertension		
Inférieur	47	70 ↑	Oui	56	60
Moyen-inférieur	54	65	Non	54	61
Moyen	60 ↑	63	Diabète		
Moyen-supérieur	57	65 ↑	Oui	50	63
Supérieur	53	58	Non	55	61
Données manquantes	41 ↓	43 ↓	Maladie cardiaque		
			Oui	53	58
			Non	55	61

↑ Significativement plus élevé que le taux global

↓ Significativement plus faible que le taux global

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

Bien que les classifications en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) d'après les données de l'Enquête santé Canada de 1978-1979, de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire (ECSC) réalisée entre 1986 et 1992, de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 1999-2002 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 ce qui est de la NHANES de 1999-2002, des professionnels de la santé ont mesuré les répondants dans des laboratoires mobiles.

L'IMC présente plusieurs limites. En effet, il n'évalue pas 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 associé 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 raciaux¹³.

L'IMC ne devrait pas être calculé pour les femmes enceintes⁵. Cependant, 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 à l'ECSC réalisée entre 1986 et 1992 si elles étaient enceintes.

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 (consommation de fruits et de légumes, présence d'un problème de santé chronique) est inconnue.

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 ayant précédé l'ESCC. Les résultats pourraient être affectés par des problèmes de remémoration. En outre, comme l'activité physique à l'école et au travail a été exclue, celle durant les loisirs pourrait ne pas refléter l'activité physique globale.

Les questions au sujet de la consommation de fruits et de légumes portaient sur le *nombre de fois* que des fruits et des légumes étaient consommés par jour, mais non sur les *quantités* consommées. Comme la taille des portions n'était pas précisée dans les questions, il est impossible d'évaluer l'observation des recommandations concernant les apports quotidiens, 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 et 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 associés indépendamment à un mauvais état de santé.

L'analyse ne permet pas de faire la distinction entre les diabètes de type 1 et de type 2, et le diabète gestationnel. Puisque les facteurs de risque des diverses formes de la maladie ne sont pas les

mêmes, 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.

Étant donné que l'ESCC est une enquête transversale, aucune relation de cause à effet entre l'obésité et un comportement, ou un résultat lié à la santé, ne peut être établie.

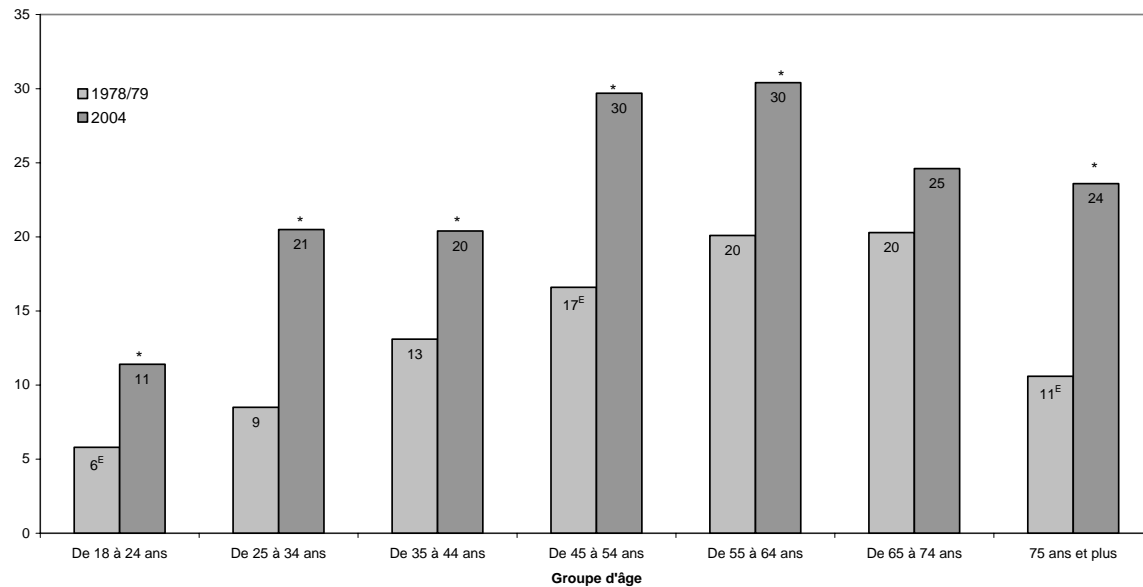
Bibliographie

1. M.S. Tremblay, P.T. Katzmarzyk et J.D. Willms, « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity*, vol. 26, n° 4, 2002, p. 538 à 543.
2. K.M. Flegal, « The obesity epidemic in children and adults: Current evidence and research issues », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, n° 31, supplément 11, 1999, p. 509 à 514.
3. Organisation mondiale de la santé, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Organisation mondiale de la santé, série de rapports techniques, n° 894, 2000.
4. P.T. Katzmarzyk, « The Canadian obesity epidemic, 1985-1998 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 8, 2002, p. 1039 et 1040.
5. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes* produit n° H49-179 au catalogue, Ottawa, Santé Canada, 2003.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
7. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 1, 1999, p. 33 à 47.
8. T.L.S. Visscher, A. Rissanen, J.C. Seidell et autres, « Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: an empirical approach », *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, n° 13, 2004, p. 1413 à 1420.
9. M.L. Booth, C. Hunter, C.J. Gore et autres, « 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*, vol. 24, n° 8, 2000, p. 1058 à 1061.
10. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, vol. 109, n° 4, 1995, p. 275 à 284.

11. M.L. Rowland, « Reporting bias in height and weight data », *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, vol. 70, n° 2, 1989, p. 2 à 11.
12. 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*, vol. 23, n° 8, 1999, p. 904 à 908.
13. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Arden et autres, « Obésité, embonpoint et origine ethnique », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16, n° 4, 2005, p. 25 à 37.
14. C.E. Pérez, « Consommation de fruits et de légumes », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 3, 2002, p. 25 à 34.
15. W.J. Millar et T.K. Young, « Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 3, 2003, p. 39 à 52.
16. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, « Obésité : un enjeu en croissance », *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, produit n° 82-618-MWF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Statistique Canada, 2005.
17. ANGOSS Software, *Knowledge Seeker IV for Windows — User's Guide*, ANGOSS Software International Limited, 1995.
18. 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*, produit n° 12-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 2, 1992, p. 225 à 234.
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, vol. 5, n° 3, 1996, p. 281 à 310.

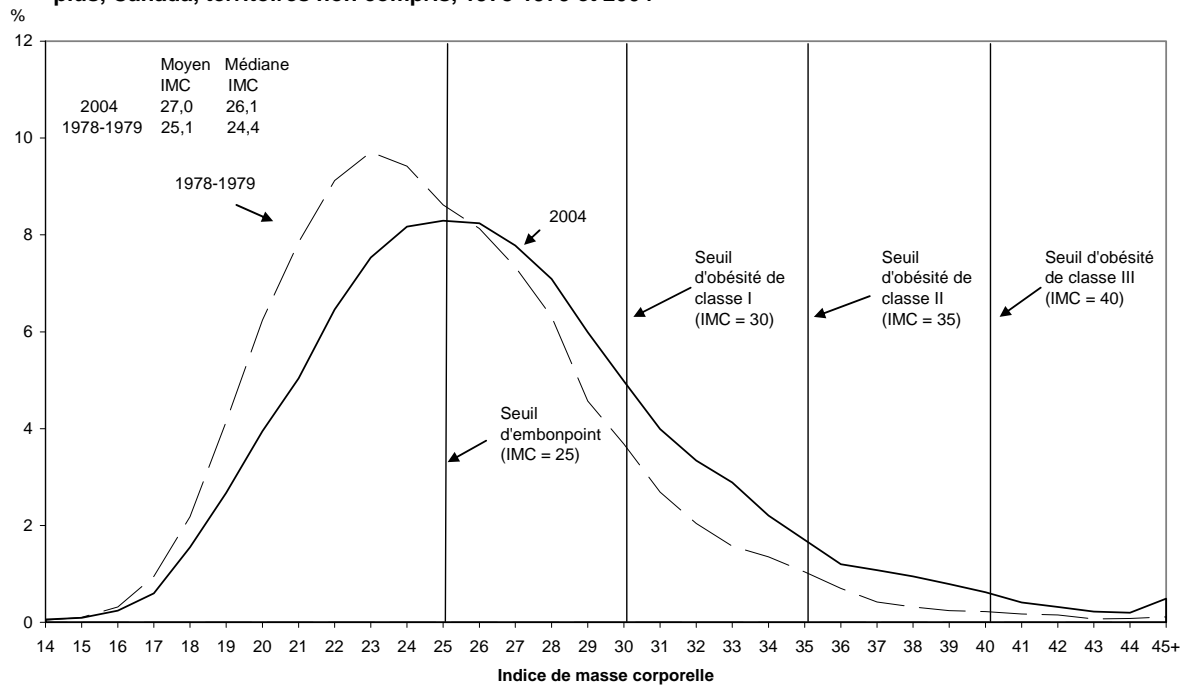
20. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section, August 1999*, Baltimore, American Statistical Association, 1999.
21. National Center 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.
22. 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*, vol. 26, n° 6, 2002, p. 797 à 804.
23. P.T. Katzmarzyk et C.I. Ardern, « Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985-2000 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1, 2004, p. 16 à 20.
24. 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, August 2004*, Toronto, American Statistical Association, 2004.
25. M. Serdula, R. Coates, T. Byers et autres, « Evaluation of a brief telephone questionnaire to estimate fruit and vegetable consumption in diverse study populations », *Epidemiology*, vol. 4, n° 5, 1993, p. 455 à 463.
26. 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*, vol. 77, n° 4, 1986, p. 285 à 290.
27. K.M. Flegal, B.I. Graubard, D.F. Williamson et autres, « Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity », *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, n° 15, 2005, p. 1861 à 1867.

Graphique 1
Taux d'obésité, 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 de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition; Enquête santé Canada de 1978-1979.
 * 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)

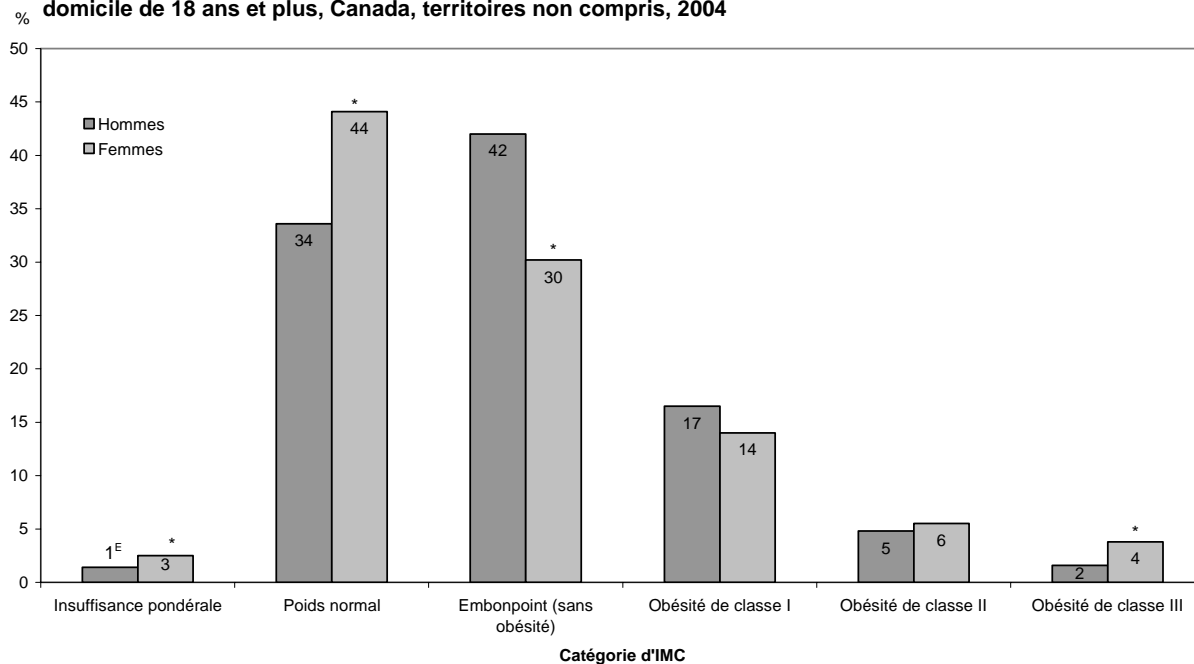
Graphique 2
Répartition en pourcentage de l'indice de masse corporelle (IMC), population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 2004



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

Graphique 3

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



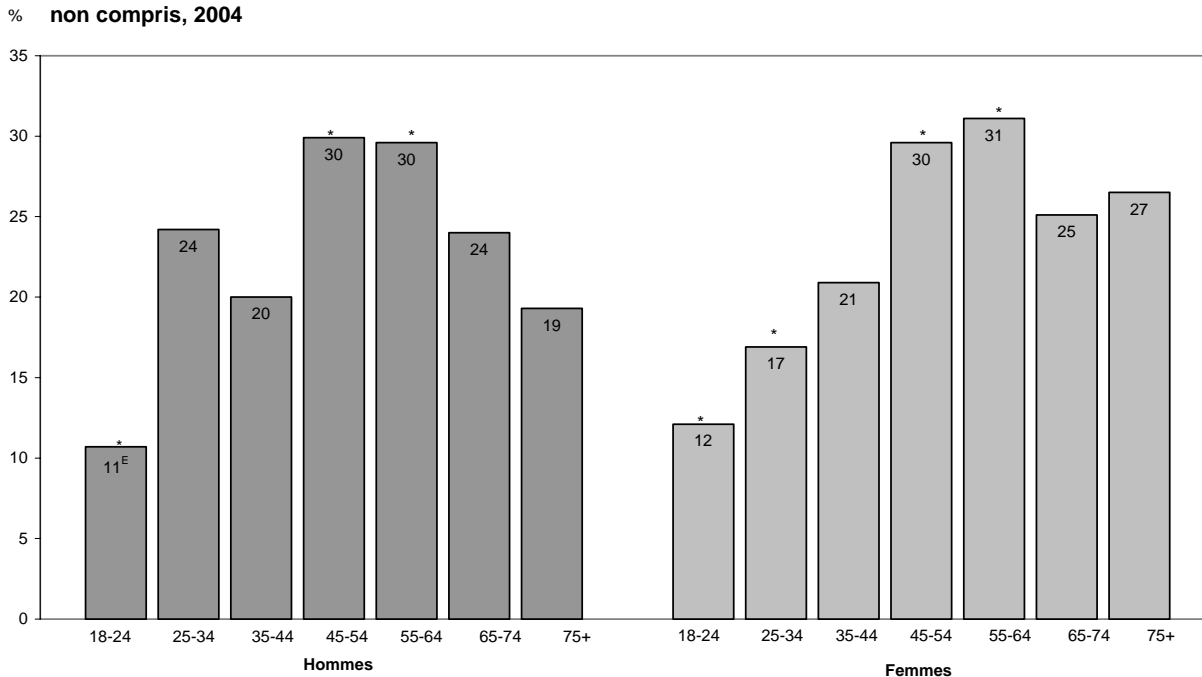
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les hommes ($p < 0,05$).

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

Graphique 4

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

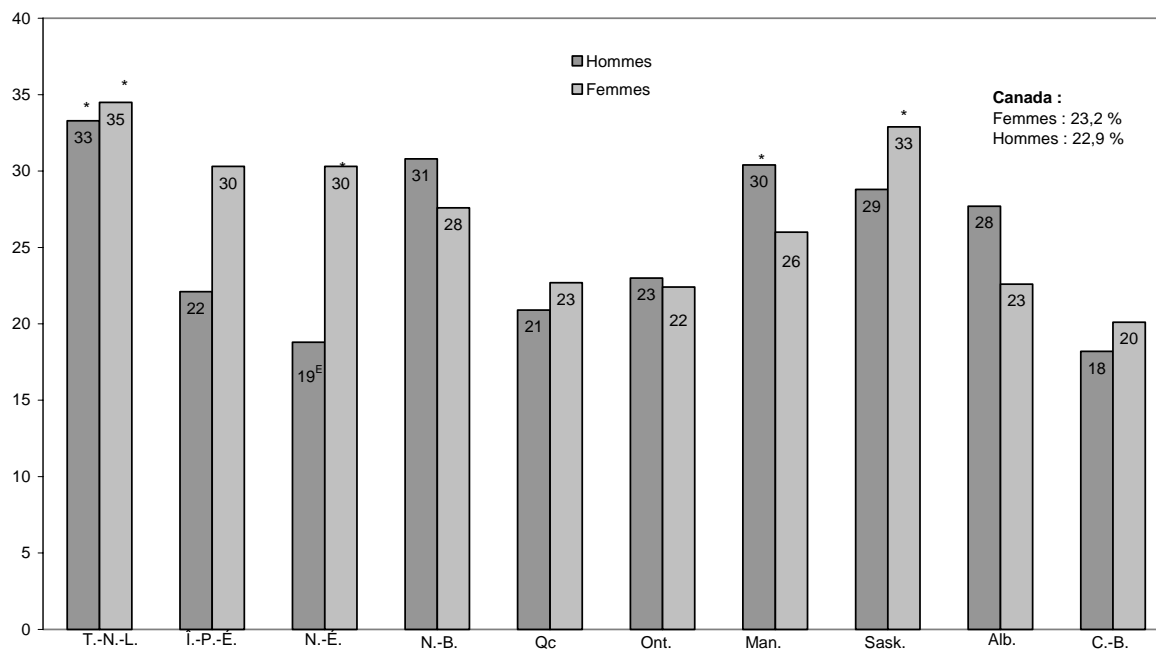


Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition

* Valeur significativement différente de celle observée pour le même sexe ($p < 0,05$).

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

Graphique 5
Taux d'obésité, selon la province et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

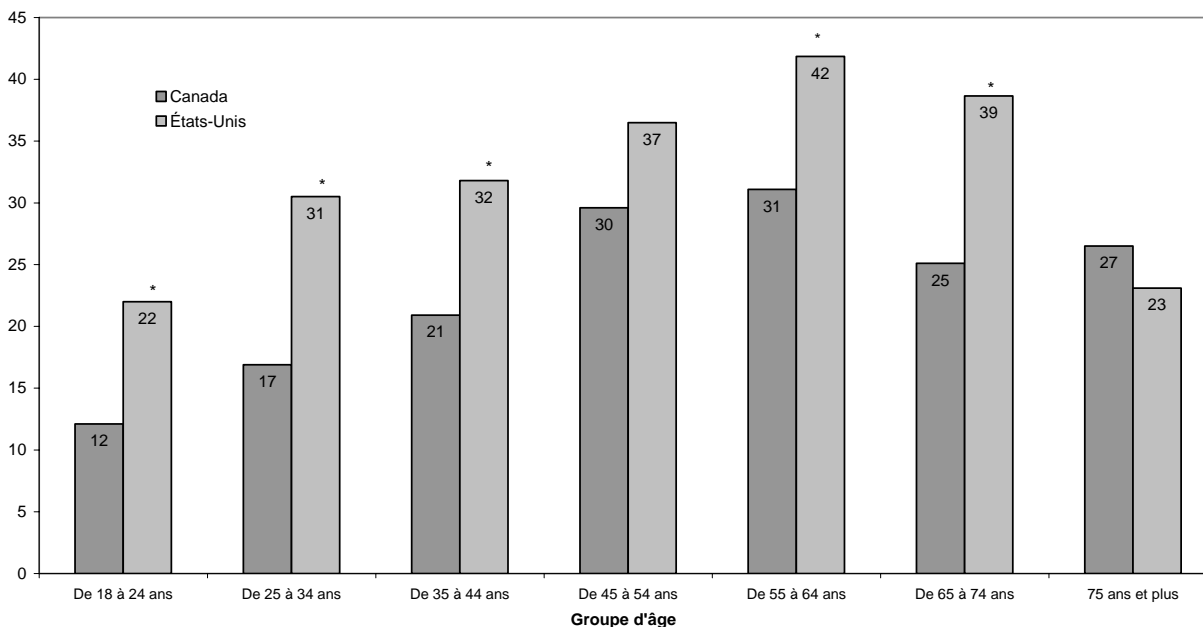


Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.

* 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 6
Taux d'obésité, selon le groupe d'âge, population de femmes à domicile de 18 ans et plus, Canada (2004), territoires non compris, et États-Unis (1999-2002),

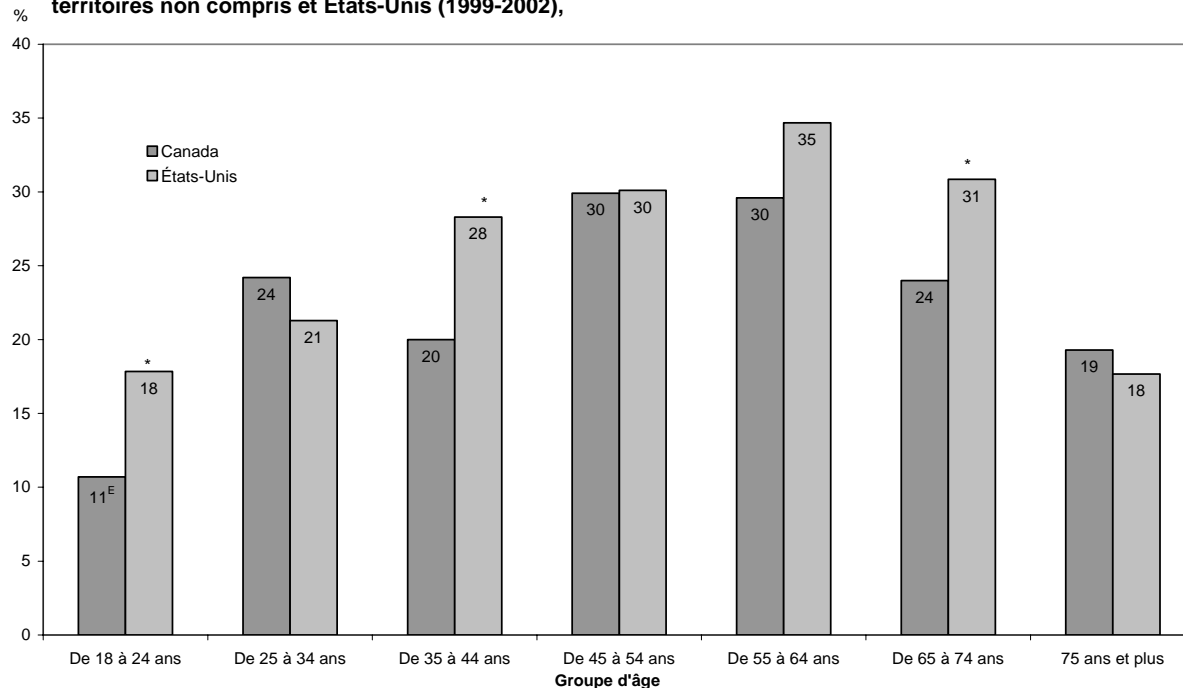


Sources des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition; National Health and Nutrition Examination Survey de 1999-2002.

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

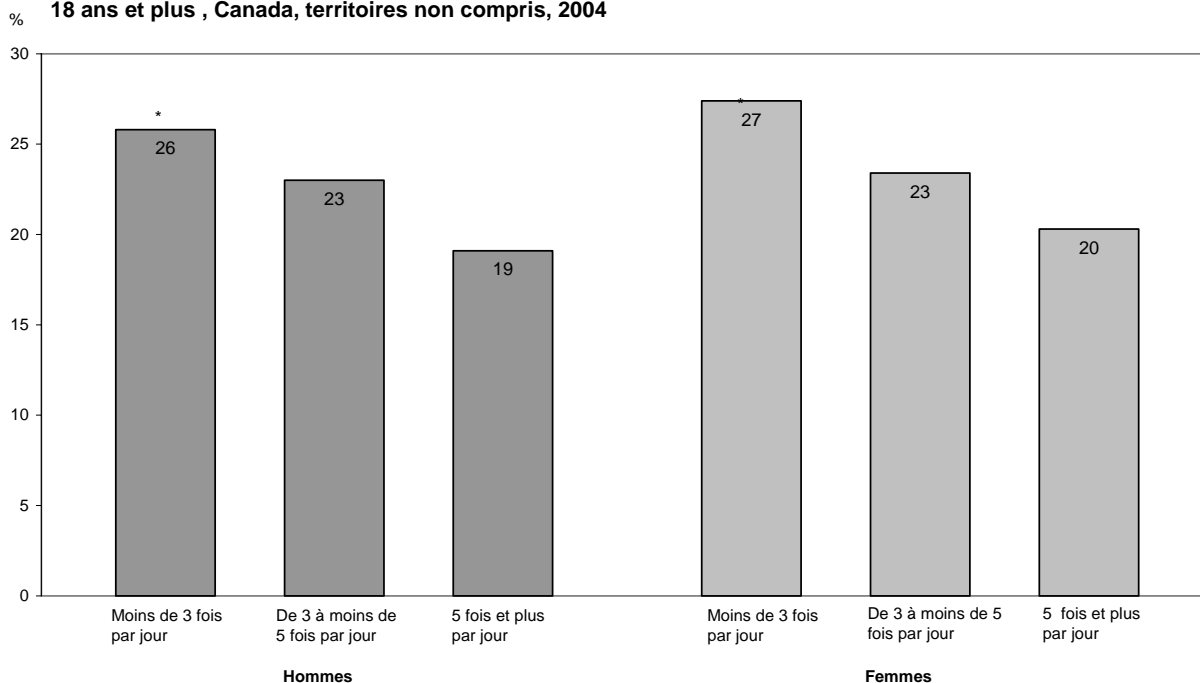
^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

Graphique 7
Taux d'obésité, selon le groupe d'âge, population d'hommes à domicile de 18 ans et plus, Canada (2004), territoires non compris et États-Unis (1999-2002),



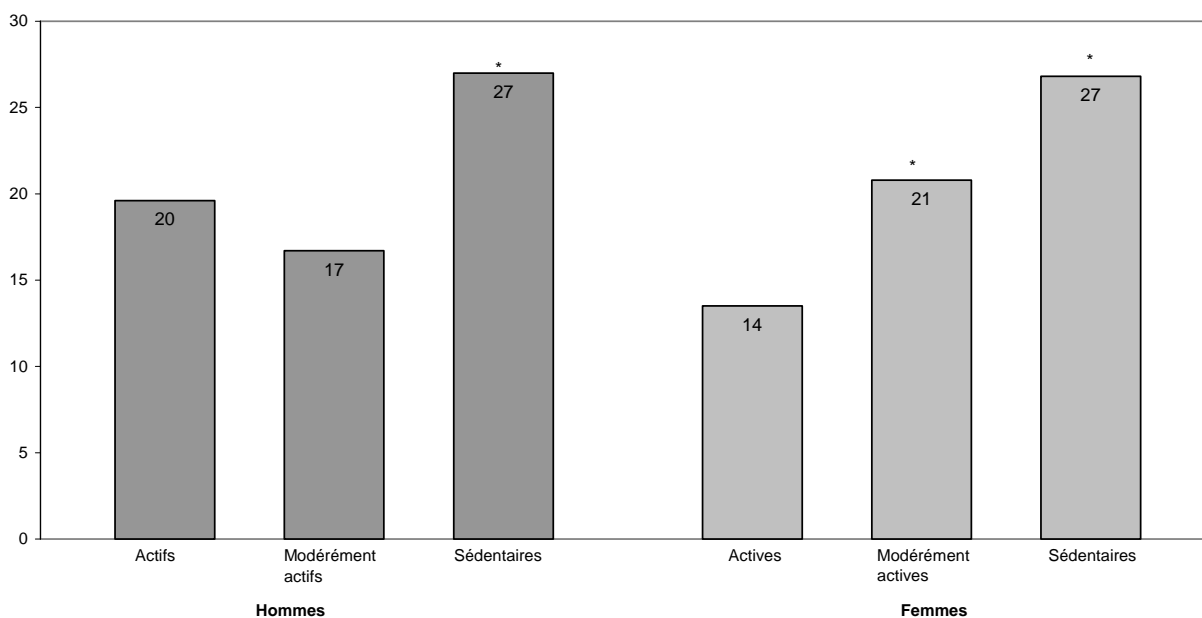
Sources des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition; National Health and Nutrition Examination Survey de 1999-2002.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

Graphique 8
Taux d'obésité, selon la consommation de fruits et de légumes et selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



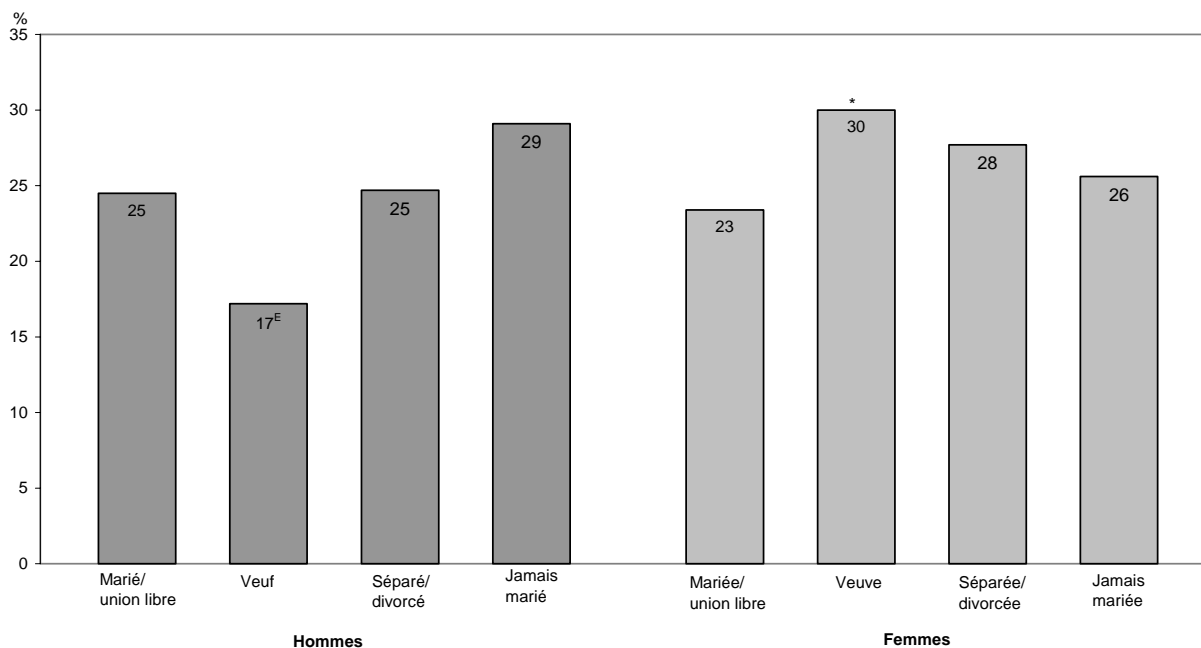
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition .
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie « 5 fois et plus par jour » ($p < 0,05$).

Graphique 9
Taux d'obésité, selon le niveau d'activité physique durant les loisirs et selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



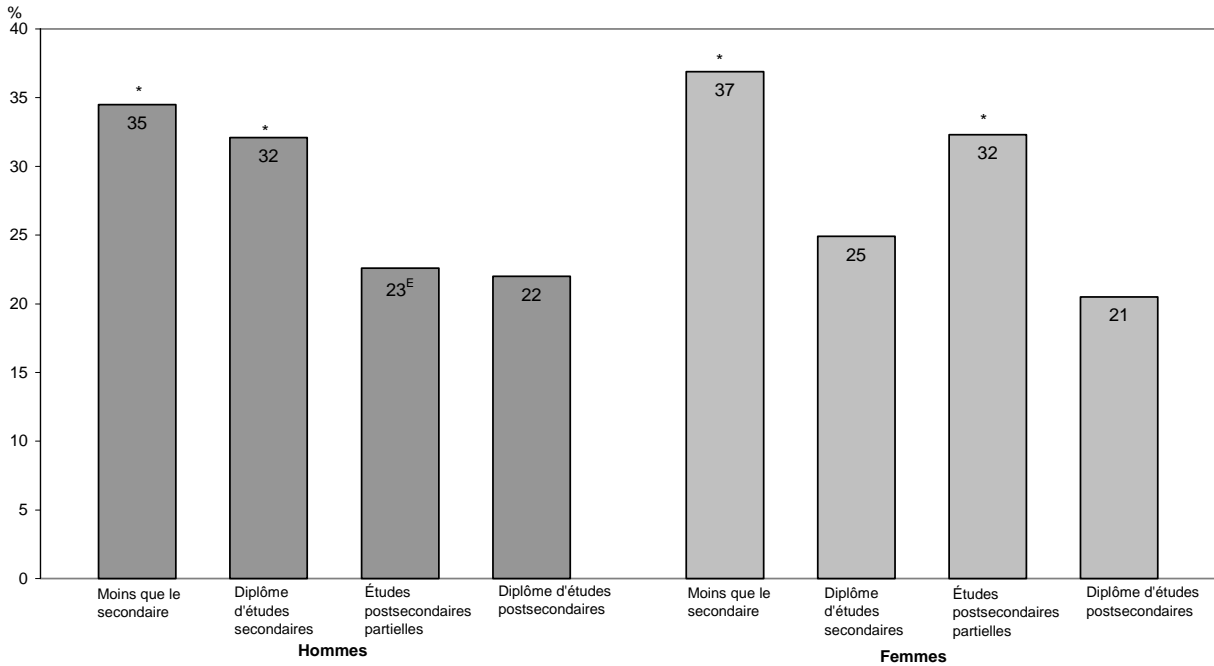
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour les catégories « Actifs » et « Actives » ($p < 0,05$).

Graphique 10
Taux d'obésité, selon l'état matrimonial et le sexe, population à domicile de 25 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



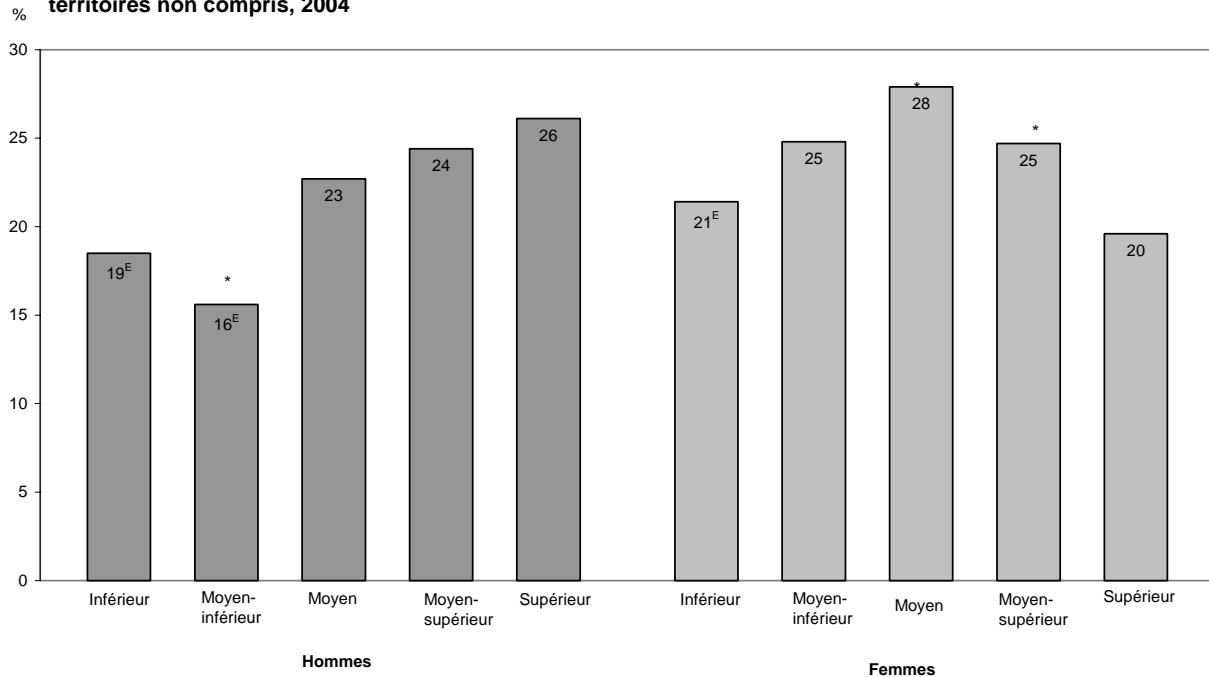
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie « Marié(e)/union libre » ($p < 0,05$).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

Graphique 11
Taux d'obésité, selon le niveau de scolarité atteint et le sexe, population à domicile de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2004



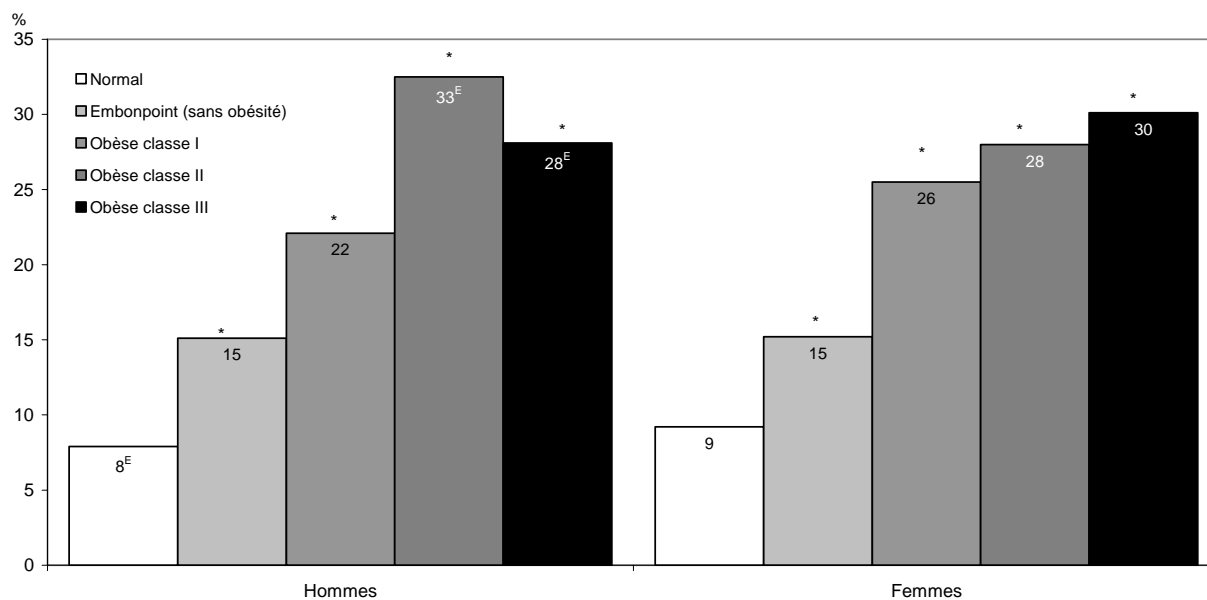
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie « Diplôme d'études postsecondaires » (p < 0,05).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

Graphique 12
Taux d'obésité, selon le revenu du ménage et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



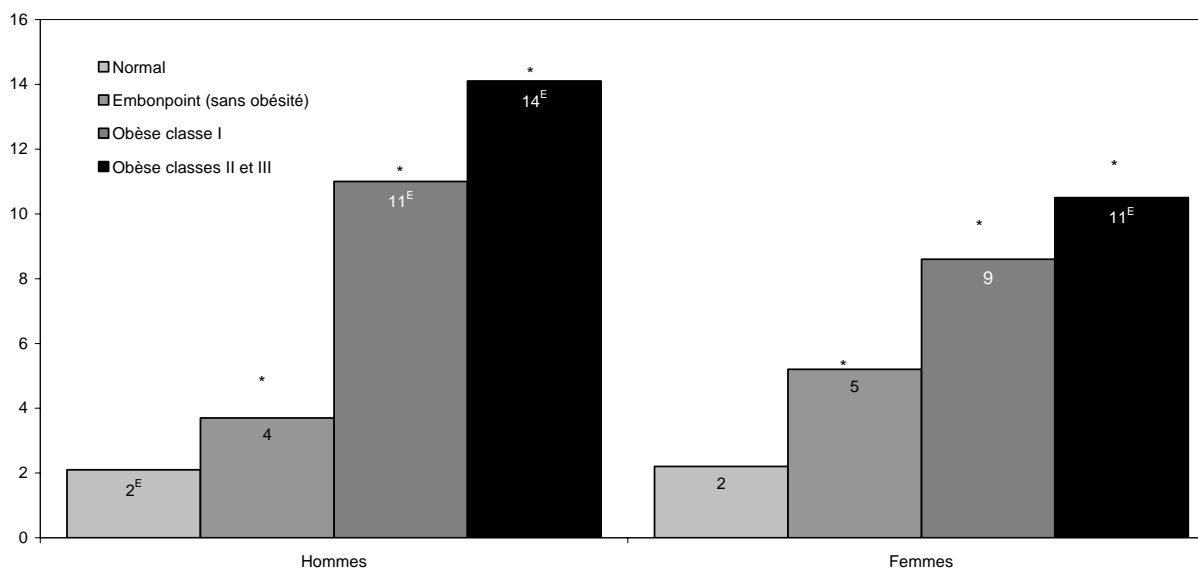
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe ayant un revenu supérieur (p < 0,05).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

Graphique 13
Prévalence de l'hypertension, selon la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) et selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



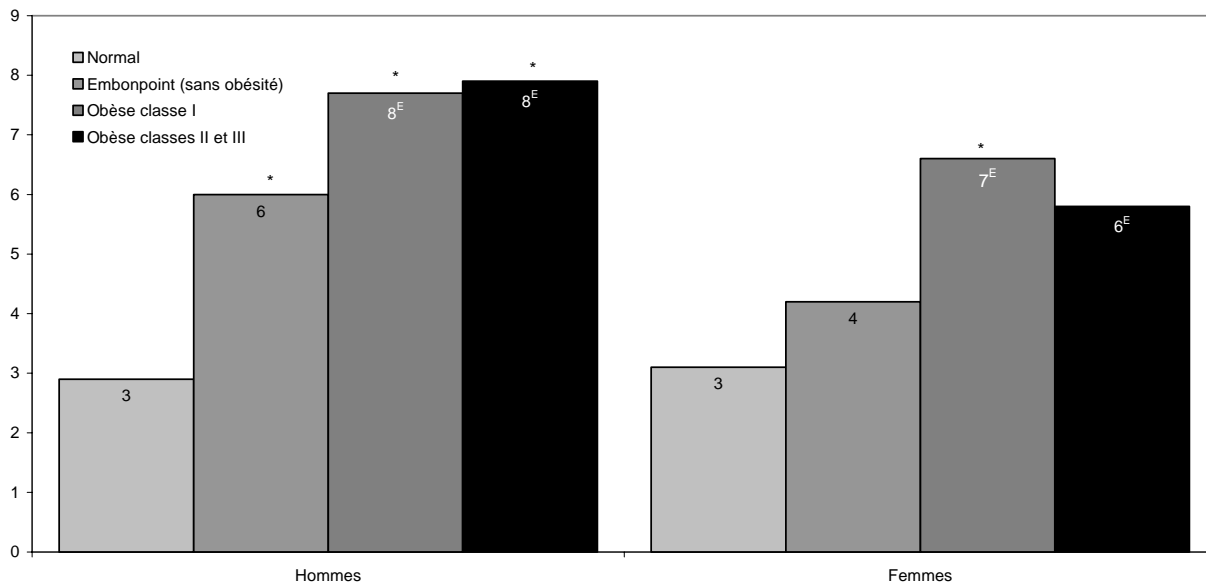
Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie « Normal » ($p < 0,05$).
 E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

Graphique 14
Prévalence du diabète, selon la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) et selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004



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

Graphique 15
Prévalence des maladies cardiaques, selon la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) et selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

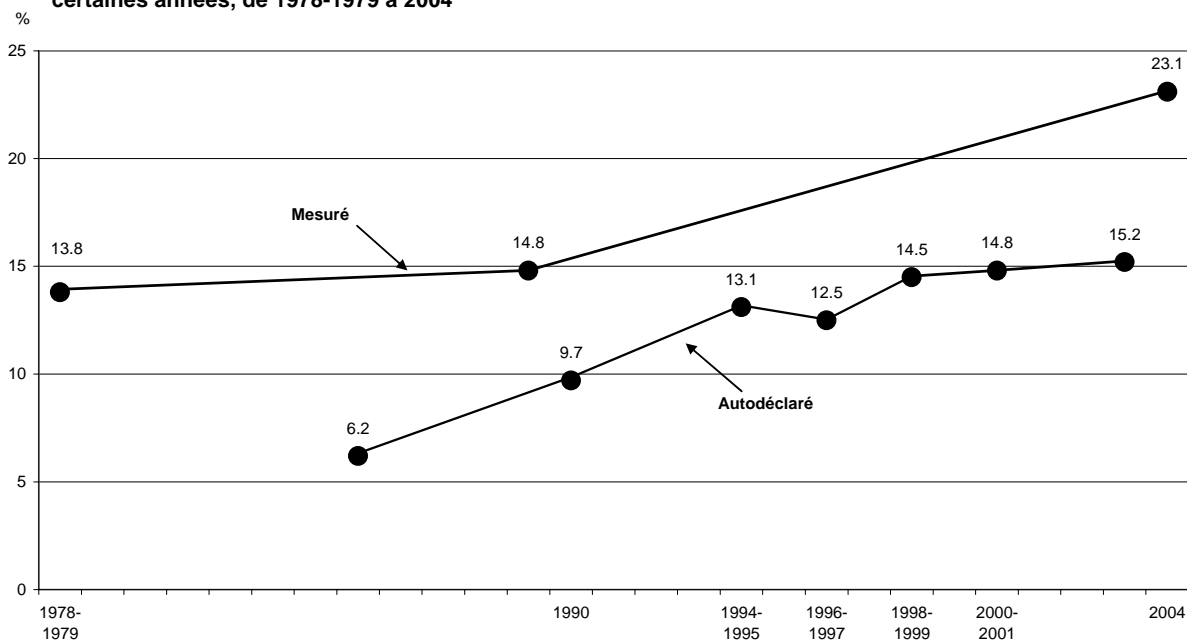


Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.

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

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

Graphique 16
Tendances des taux d'obésité, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, certaines années, de 1978-1979 à 2004



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

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

Tableau 1

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

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

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

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

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

Tableau 2

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

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	1978-1979	2004	1978-1979	2004	1978-1979	2004
Insuffisance pondérale	2,4	2,0	1,4 ^E	1,4 ^E	3,5	2,5
Poids normal	48,4	38,9 *	44,3	33,6 *	52,5	44,1 *
Embonpoint (sans obésité)	35,4	36,1	42,8	42,0	28,4	30,2
Obésité de classe I	10,5	15,2 *	9,5	16,5 *	11,3	14,0 *
Obésité de classe II	2,3 ^E	5,1 *	F	4,8 *	2,9	5,5 *
Obésité de classe III	0,9 ^E	2,7 *	F	1,6 *	1,5 ^E	3,8 *
Embonpoint et obésité (IMC ≥ 25)	49,2	59,1 *	54,4	65,0 *	44,0	53,4 *
Obésité (IMC ≥ 30)	13,8	23,1 *	11,5	22,9 *	15,7	23,2 *
IMC moyenne	25,4	27,0 *	25,7	27,2 *	25,2	26,7 *

Sources des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Nutrition; Enquête santé Canada de 1978-1979.

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

* Valeur significativement différente de l'estimation 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 % (supprimé en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage)

Tableau 3

Répartition en pourcentage de l'indice de masse corporelle (IMC), selon le sexe et l'origine ethnique, population à domicile de 18 ans et plus, Canada (2004), territoires non compris, et États-Unis (1999-2002)

	Hommes et femmes				Hommes				Femmes			
	De toutes les origines		Blancs		De toutes les origines		Blancs		De toutes les origines		Blanches	
	Canada	É.-U.	Canada	É.-U.	Canada	É.-U.	Canada	É.-U.	Canada	É.-U.	Canada	É.-U.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Insuffisance pondérale	2,0	2,1	1,7	2,3	1,4 ^E	1,2 ^E	1,1 ^E	1,1 ^E	2,5	3,0	2,2	3,5 [*]
Poids normal	38,9	34,0 [*]	36,6	35,3	33,6	31,4	29,9	30,6	44,1	36,4 [*]	43,1	40,0
Embonpoint (sans obésité)	36,1	34,3	36,5	33,5 [*]	42,0	40,8	43,4	40,9	30,2	28,0	29,9	26,3 [*]
Obésité de classe I	15,2	17,4 [*]	16,5	17,2	16,5	17,6	18,3	18,5	14,0	17,2 [*]	14,7	15,8
Obésité de classe II	5,1	7,6 [*]	5,6	7,4 [*]	4,8	5,8	5,3	5,6	5,5	9,3 [*]	5,8	9,2
Obésité de classe III	2,7	4,7 [*]	3,1	4,3 [*]	1,6	3,2 [*]	1,9 ^E	3,3 [*]	3,8	6,1 [*]	4,2	5,2
Embonpoint et obésité (IMC ≥ 25)	59,1	64,0 [*]	61,7	62,4	65,0	67,5	69,0	68,3	53,4	60,6 [*]	54,7	56,5
Obésité (IMC ≥ 30)	23,1	29,7 [*]	25,2	28,9 [*]	22,9	26,7 [*]	25,5	27,4	23,2	32,6 [*]	24,8	30,3 [*]
IMC moyenne	27,0	27,9 [*]	27,3	27,7 [*]	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 (ESCC) : Nutrition de 2004; National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1999-2002.

Nota : Les estimations de la NHANES (1999-2002) ont été normalisées selon l'âge en fonction de la population 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)

Tableau 4

Prévalence de l'hypertension, du diabète et des maladies cardiaques, selon la catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC), population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Hypertension			
Poids normal	8,7	7,9 ^E	9,2
Embonpoint	15,1 [*]	15,1 [*]	15,2 [*]
Obésité de classe I	23,7 [*]	22,1 [*]	25,5 [*]
Obésité de classe II	30,1 [*]	32,5 ^{*E}	28,0 [*]
Obésité de classe III	29,5 [*]	28,1 ^{*E}	30,1 [*]
Diabète			
Poids normal	2,2	2,1 ^E	2,2 ^E
Embonpoint	4,3 [*]	3,7 [*]	5,2 ^{*E}
Obésité de classe I	9,9 [*]	11,0 ^{*E}	8,6 [*]
Obésité de classes II et III	12,0 [*]	14,1 ^{*E}	10,5 ^{*E}
Maladies cardiaques			
Poids normal	3,0	2,8	3,1
Embonpoint	5,2 [*]	6,0 [*]	4,2
Obésité de classe I	7,2 [*]	7,7 ^{*E}	6,6 ^{*E}
Obésité de classes II et III	6,7 ^{*E}	7,9 ^{*E}	5,8 ^E

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

* Valeur significativement différente de celle observée pour le poids normal (p < 0,05).

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

Tableau 5

Rapports de cotes établissant un lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et l'hypertension, le diabète et les maladies cardiaques, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

	Hypertension		Diabète		Maladies cardiaques	
	Rapport de cote corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cote corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cote corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Les deux sexes						
Poids normal ^a	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint	1,5 *	1,2 - 2,0	1,6 *	1,1 - 2,3	1,3	0,9 - 1,8
Obésité de classe I	2,9 *	2,1 - 3,8	3,8 *	2,5 - 5,8	1,8 *	1,1 - 2,8
Obésité de classes II et III	...	...	5,4 *	3,4 - 8,4	2,1 *	1,3 - 3,4
Obésité de classe II	4,7 *	3,0 - 7,5	...	...	...	...
Obésité de classe III	5,4 *	3,5 - 8,6	...	...	...	...
Hommes						
Poids normal ^a	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint	1,8 *	1,1 - 2,9	1,5	0,9 - 2,5	1,7 *	1,1 - 2,7
Obésité de classe I	3,3 *	2,0 - 5,5	5,1 *	2,6 - 10,1	2,4 *	1,2 - 4,5
Obésité de classes II et III	...	...	7,0 *	3,4 - 14,4	2,7 *	1,2 - 5,8
Obésité de classe II	6,6 *	3,0 - 14,4	...	...	...	...
Obésité de classe III	4,9 *	1,9 - 12,7	...	...	...	...
Femmes						
Poids normal ^a	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint	1,3	0,9 - 1,7	1,8 *	1,0 - 3,3	1,0	0,6 - 1,6
Obésité de classe I	2,5 *	1,7 - 3,7	2,9 *	1,7 - 4,9	1,4	0,7 - 2,7
Obésité de classes II et III	...	...	4,4 *	2,4 - 8,1	1,6	0,8 - 3,1
Obésité de classe II	3,5 *	1,9 - 6,2	...	...	...	...
Obésité de classe III	5,5 *	2,8 - 9,5	...	...	...	...

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

Nota : Les modèles tiennent compte de l'âge (en continu), de l'état matrimonial, de la scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac et du niveau d'activité physique durant les loisirs.

a Catégorie de référence

* Valeur significativement différente de celle observée pour le poids normal ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer

Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés

Tableau A

Taux d'embonpoint et d'obésité, selon certaines caractéristiques, population d'hommes à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

	Estimatif de population 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							
De 18 à 24 ans	1 681	27,0 *	21,5 - 32,4	10,7 ^{aE}	6,7 - 14,8	37,7 *	31,8 - 43,7
De 25 à 34 ans	1 900	39,9	33,3 - 46,6	24,2	18,0 - 30,4	64,1	58,1 - 70,1
De 35 à 44 ans	2 577	44,5	37,3 - 51,7	20,0	15,2 - 24,7	64,5	57,5 - 71,4
De 45 à 54 ans	2 370	42,4	36,0 - 48,8	29,9 *	24,6 - 35,2	72,3 *	66,2 - 78,3
De 55 à 64 ans	1 623	45,9	40,0 - 51,7	29,6 *	23,8 - 35,4	75,5 *	69,4 - 81,5
De 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
Province							
Terre-Neuve-et-Labrador	200	47,6	39,3 - 55,8	33,3 *	25,1 - 41,5	80,9 *	75,2 - 86,6
Île-du-Prince-Édouard	50	49,8	42,1 - 57,6	22,1	16,0 - 28,2	71,9	64,1 - 79,8
Nouvelle-Écosse	351	40,1	30,0 - 50,2	18,8 ^E	11,9 - 25,6	58,8	49,2 - 68,5
Nouveau-Brunswick	280	39,5	29,4 - 49,6	30,8	22,4 - 39,2	70,4	62,0 - 78,7
Québec	2 868	41,2	35,0 - 47,4	20,9	15,4 - 26,3	62,0	56,4 - 67,7
Ontario	4 595	40,9	36,4 - 45,5	23,0	19,2 - 26,7	63,9	59,1 - 68,7
Manitoba	408	39,8	33,7 - 46,0	30,4 *	24,9 - 36,0	70,3	65,2 - 75,3
Saskatchewan	347	44,5	35,3 - 53,8	28,8	21,0 - 36,6	73,3 *	65,5 - 81,1
Alberta	1 182	41,1	33,2 - 48,9	27,7	21,9 - 33,6	68,8	61,9 - 75,7
Colombie-Britannique	1 580	47,3	38,4 - 56,2	18,2	12,7 - 23,6	65,4	57,8 - 73,1
Origine ethnique							
Blanc	9 720	43,4	40,5 - 46,3	25,5 *	23,0 - 28,0	69,0 *	66,4 - 71,5
Noir	172	31,0 ^E	10,9 - 51,1	^F	...	50,7 ^E	27,1 - 74,3
Originaire de l'Asie du Sud-Est/Asie de l'Est	811	35,4 ^E	22,1 - 48,6	^F	...	39,1 ^{aE}	26,0 - 52,3
Autochtone (hors réserve)	86	31,8 ^E	16,5 - 47,0	33,6 ^E	19,2 - 48,0	65,3	50,7 - 80,0
Autre	1 027	38,6	27,4 - 49,8	14,2 ^{aE}	7,0 - 21,4	52,8 *	41,6 - 64,0
Consommation de fruits et de légumes							
Moins de 3 fois par jour	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 par jour	4 605	42,2	37,7 - 46,6	23,0	19,4 - 26,7	65,2	60,8 - 69,7
5 fois et plus par jour ^a	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							
Élevé ^a	2 361	45,8	40,7 - 50,8	19,6	15,3 - 23,9	65,3	60,1 - 70,6
Modéré	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/union libre ^a	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/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)							
Diplôme d'études secondaires ou moins	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 ^a	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 ^{aE}	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 ^a	3 886	45,9	41,3 - 50,5	26,1	22,3 - 29,9	72,0	67,7 - 76,3
Données manquantes	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 de 2004.

Nota : Le groupe d'âge et les données sur les provinces et les origines ethniques sont comparés au taux pour le Canada. Des données sont manquantes dans les catégories suivantes : état matrimonial (3), niveau de scolarité (40) et consommation de fruits et de légumes (14).

a Catégorie de référence

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (p < 0,05)

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

Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés

Tableau B

Taux d'embonpoint et d'obésité, selon le sexe et certaines caractéristiques, population de femmes à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

	Embonpoint		Obésité		Embonpoint et obésité		
	Estimatifs de population en milliers	%	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							
De 18 à 24 ans	1 463	22,3 *	17,6 - 27,1	12,1 *	8,6 - 15,6	34,4 *	29,2 - 39,6
De 25 à 34 ans	1 926	26,1	20,0 - 32,2	16,9 *	12,9 - 21,0	43,0 *	36,5 - 49,5
De 35 à 44 ans	2 529	27,6	22,3 - 32,9	20,9	16,6 - 25,2	48,5	42,5 - 54,6
De 45 à 54 ans	2 428	33,8	28,4 - 39,2	29,6 *	24,4 - 34,8	63,4 *	57,5 - 69,3
De 55 à 64 ans	1 718	32,1	27,5 - 36,8	31,1 *	26,2 - 36,1	63,3 *	58,0 - 68,5
De 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
Province							
Terre-Neuve-et-Labrador	205	26,8	19,9 - 33,7	34,5 *	27,4 - 41,7	61,4	52,7 - 70,0
Île-du-Prince-Édouard	53	31,0	24,8 - 37,3	30,3	23,3 - 37,4	61,4 *	54,7 - 68,0
Nouvelle-Écosse	368	30,2	23,0 - 37,3	30,3 *	23,6 - 37,1	60,5	53,1 - 67,8
Nouveau-Brunswick	289	31,1	23,9 - 38,3	27,6	19,8 - 35,3	58,7	50,7 - 66,8
Québec	2 952	28,0	23,3 - 32,7	22,7	17,9 - 27,5	50,7	45,2 - 56,3
Ontario	4 708	31,0	27,4 - 34,6	22,4	19,4 - 25,4	53,4	49,4 - 57,4
Manitoba	418	28,9	24,5 - 33,4	26,0	21,6 - 30,4	54,9	49,5 - 60,3
Saskatchewan	356	30,2	23,0 - 37,5	32,9 *	26,0 - 39,8	63,1 *	55,8 - 70,4
Alberta	1 164	30,3	24,2 - 36,4	22,6	18,1 - 27,2	52,9	46,6 - 59,2
Colombie-Britannique	1 609	32,5	26,9 - 38,2	20,1	15,9 - 24,3	52,7	46,4 - 58,9
Origine ethnique							
Blanc	10 134	29,9	27,7 - 32,1	24,8 *	22,7 - 26,9	54,7	52,3 - 57,1
Noir	223	42,7 ^E	19,9 - 65,5	F	...	65,8 ^E	41,5 - 90,0
Originaire de l'Asie du Sud-Est/Asie de l'Est	664	24,0 ^E	13,1 - 34,9	F	...	31,4 ^{EE}	19,4 - 43,5
Autochtone (hors réserve)	174	29,3 ^E	19,3 - 39,3	40,0 *	27,9 - 52,0	69,3 *	56,9 - 81,6
Autre	930	35,3 ^E	23,1 - 47,4	14,5 ^{EE}	7,9 - 21,2	49,8	38,1 - 61,5
Consommation de fruits et de légumes							
Moins de 3 fois par jour	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 par jour	4 681	29,5	26,5 - 32,6	23,4	20,5 - 26,3	53,0	49,4 - 56,6
Au moins 5 fois par jour ^a	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							
Élevé ^a	1 945	27,0	22,0 - 31,9	13,5	10,5 - 16,6	40,5	35,1 - 46,0
Modéré	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
Situation matrimoniale (25 ans et plus)							
Marié/union libre ^a	7 268	32,0	29,0 - 34,9	23,4	20,8 - 26,1	55,4	52,2 - 58,6
Veuf	1 088	37,3	32,8 - 41,8	30,0 *	25,2 - 34,8	67,3 *	63,1 - 71,5
Séparé/divorcé	1 124	31,5	25,1 - 37,9	27,7	21,7 - 33,8	59,3	51,6 - 67,0
Jamais marié	1 171	21,4 *	16,4 - 26,5	25,6	19,2 - 31,9	47,0 *	40,0 - 54,1
Scolarité (de 25 à 64 ans)							
Moins que le secondaire	1 168	36,5	27,9 - 45,1	36,9 *	28,6 - 45,2	73,4 *	66,9 - 79,9
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 ^a	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
Faible-moyen	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
Élevé-moyen	3 854	28,4	24,7 - 32,1	24,7 *	21,6 - 27,9	53,1	49,2 - 57,1
Supérieur ^a	3 412	31,2	26,5 - 35,8	19,6	15,8 - 23,5	50,8	46,0 - 55,6
Données manquantes	1 097	33,1	26,2 - 39,9	18,1	13,1 - 23,0	51,1	43,4 - 58,9

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

Nota : Le groupe d'âge et les données sur les provinces et les origines ethniques sont comparés au taux pour le Canada. Des données sont manquantes dans les catégories suivantes : état matrimonial (5), niveau de scolarité (45), consommation de fruits et de légumes (30) et niveau d'activité physique (2).

a Catégorie de référence

* Valeur significativement différente de celle observée 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 % (supprimé en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage)

... N'ayant pas lieu de figurer

Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés

Tableau C

Taux d'embonpoint et d'obésité, selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004

	Embonpoint		Obésité		Embonpoint et obésité		
	Estimatif de population en milliers	%	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							
De 18 à 24 ans	3 144	24,8 *	21,0 - 28,7	11,4 *	8,7 - 14,1	36,2 *	32,0 - 40,3
De 25 à 34 ans	3 826	33,0	28,5 - 37,4	20,5	16,9 - 24,2	53,5 *	49,1 - 57,9
De 35 à 44 ans	5 106	36,2	31,9 - 40,4	20,4 *	17,3 - 23,5	56,6	52,1 - 61,0
De 45 à 54 ans	4 798	38,0	34,0 - 42,1	29,7 *	26,2 - 33,3	67,8 *	63,5 - 72,1
De 55 à 64 ans	3 341	38,8	35,2 - 42,4	30,4 *	26,3 - 34,5	69,2 *	65,0 - 73,4
De 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
Province							
Terre-Neuve-et-Labrador	405	37,1	31,7 - 42,5	33,9 *	28,5 - 39,3	71,0 *	65,9 - 76,1
Île-du-Prince-Édouard	104	40,2	35,4 - 44,9	26,3	21,6 - 31,1	66,5 *	61,4 - 71,6
Nouvelle-Écosse	719	35,0	28,8 - 41,2	24,7	20,2 - 29,2	59,7	53,6 - 65,8
Nouveau-Brunswick	570	35,3	28,8 - 41,7	29,2 *	24,0 - 34,4	64,4	58,4 - 70,5
Québec	5 820	34,5	30,5 - 38,5	21,8	18,2 - 25,4	56,3	52,5 - 60,1
Ontario	9 304	35,9	33,1 - 38,7	22,7	20,3 - 25,1	58,6	55,5 - 61,6
Manitoba	827	34,3	30,8 - 37,8	28,2 *	24,7 - 31,7	62,5	58,9 - 66,1
Saskatchewan	703	37,3	31,1 - 43,5	30,8 *	25,5 - 36,2	68,1 *	63,0 - 73,3
Alberta	2 346	35,7	30,7 - 40,7	25,2	21,4 - 29,0	60,9	55,9 - 65,9
Colombie-Britannique	3 189	39,8	34,4 - 45,3	19,2 *	15,8 - 22,6	59,0	53,7 - 64,3
Origine ethnique							
Blanc	19 854	36,5	34,7 - 38,3	25,2 *	23,5 - 26,8	61,7 *	59,9 - 63,4
Noir	395	37,6 ^E	22,6 - 52,6	21,6 ^E	10,1 - 33,1	59,2	42,1 - 76,2
Originaire de l'Asie du Sud-Est/Asie de l'Est	1 475	30,2	21,5 - 39,0	^F	...	35,7 *	26,8 - 44,6
Autochtone (hors réserve)	260	30,1	21,6 - 38,6	37,8 *	28,2 - 47,5	68,0	58,5 - 77,4
Autre	1 957	37,0	28,8 - 45,3	14,4 ⁺ ^E	9,5 - 19,2	51,4 *	43,6 - 59,2
Consommation de fruits et de légumes							
Moins de 3 fois par jour	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 par jour	9 287	35,8	33,1 - 38,6	23,2	20,9 - 25,6	59,0	56,2 - 61,9
5 fois et plus par jour ^a	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							
Élevé ^a	4 306	37,3	33,6 - 40,9	16,9	14,1 - 19,6	54,1	50,1 - 58,2
Modéré	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/union libre ^a	14 858	39,3	37,0 - 41,5	24,0	22,1 - 25,8	63,2	60,9 - 65,5
Veuf	1 325	40,6	36,1 - 45,0	27,7	23,5 - 31,9	68,3 *	64,6 - 72,0
Séparé/divorcé	1 946	36,2	31,0 - 41,4	26,5	22,0 - 30,9	62,7	57,0 - 68,4
Jamais marié	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)							
Diplôme d'études secondaires ou moins	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 ^a	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 ^a	7 297	39,0	35,6 - 42,4	23,1	20,3 - 25,9	62,1	58,7 - 65,5
Données manquantes	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 de 2004.

Nota : Le groupe d'âge et les données sur les provinces et les origines ethniques sont comparés au taux pour le Canada. Des données sont manquantes dans les catégories suivantes : état matrimonial (8), niveau de scolarité (85), consommation de fruits et de légumes (44) et niveau d'activité physique (2).

a Catégorie de référence

* Valeur significativement différente de celle observée 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 % (supprimé en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage)