

La santé recherchée

Bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtère

Volume 14 Numéro 1

Juillet 2016



L'excès de poids chez les Nord-Côtiers selon l'Enquête Santé Côte-Nord 2010

Présentation

Ce numéro présente une synthèse des résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN) au sujet de la prévalence de l'excès de poids¹ au sein de la population adulte de la Côte-Nord. Le lecteur intéressé d'en apprendre bien davantage est invité à consulter le rapport thématique de cette enquête consacré au poids corporel qui sera déposé sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord dès sa parution. On y traite également de l'état de santé et de certaines habitudes de vie des personnes atteintes d'obésité, de la perception que les Nord-Côtiers ont de leur poids ainsi que des actions entreprises ou non en vue de l'abaisser ou de le contrôler.

Méthodologie en bref

- La population ciblée : ensemble des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, capables de s'exprimer en français ou en anglais et pouvant être joints par téléphone, à l'exception de la population vivant dans les réserves autochtones. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être appliqués aux Autochtones nord-côtiers vivant dans les réserves.
- Un total de 3 718 Nord-Côtiers adultes ont été joints dans les sept territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) visés par l'enquête selon le découpage territorial de l'époque : Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier, Sept-Îles, Minganie, Basse-Côte-Nord et Hématite.
- Les entrevues téléphoniques ont été réalisées par la firme Léger Marketing entre les 3 mai et 19 août 2011. Chaque CSSS a reçu, à l'automne 2012, un document rédigé par les analystes de la firme qui présente les principaux résultats de son territoire. Ces rapports peuvent tous être consultés sur le site Web du CISSS de la Côte-Nord.
- Pour diverses considérations, les résultats de l'ESCN 2010 ne peuvent pas être directement comparés à ceux d'autres enquêtes fédérales ou québécoises.
- Dans l'ESCN 2010, compte tenu de la nature même de cette enquête², une association significative entre deux phénomènes (variables) ne doit pas être interprétée comme une relation de cause à effet.

1. Dans ce document, les termes « excès de poids », « surplus de poids », « surcharge pondérale » sont synonymes, et regroupent les catégories « embonpoint » et « obésité ». En ce sens, nous nous conformons au vocabulaire utilisé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Dans la terminologie de Statistique Canada, le concept « excès de poids » réfère à l'embonpoint seulement.

2. Dans le jargon de la recherche, on parle d'une enquête transversale, c'est-à-dire une enquête réalisée à un moment précis dans le temps auprès d'une population particulière. Une enquête transversale ne permet pas d'identifier des liens de cause à effet entre les phénomènes étudiés.

- Le statut pondéral est fondé sur l'indice de masse corporelle (IMC), mesure couramment employée dans les enquêtes de santé pour estimer l'adiposité corporelle à l'échelle d'une population à partir de questions sur le poids et la taille^[1-3]. Cet indice se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. La classification actuelle du poids corporel, adoptée par Santé Canada en 2003, reprend celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définie en 1995. Les seuils proposés par l'OMS constituent maintenant la norme internationale. Pour l'Asie cependant, l'OMS recommande des seuils moindres. En vertu de ces seuils, le statut pondéral se définit ainsi : IMC < 18,5 (Poids insuffisant); 18,5 ≤ IMC < 25,0 (Poids normal); 25,0 ≤ IMC < 30,0 (Embonpoint); IMC ≥ 30,0 (Obésité). L'excès de poids correspond donc à un IMC supérieur ou égal à 25,0.
- Les questions sur la taille et le poids sont reprises de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Elles ont été posées à l'ensemble des répondants à l'exception des femmes de 18 à 49 ans qui étaient enceintes au moment de l'enquête.
- Les personnes qui n'ont pas rapporté leur taille ou leur poids (2 % des répondants) sont exclues des analyses. Il en est de même des femmes de 18 à 49 ans qui n'ont pas répondu à la question si elles étaient enceintes au moment de l'enquête (0,2 % des répondantes de ce groupe d'âge).

Limites dans l'interprétation

Les prévalences sont présentées sous la forme de proportions brutes. Elles n'ont pas été ajustées pour éliminer les effets de structures d'âge différentes entre divers sous-groupes ou entre les territoires de réseaux locaux de services (RLS) et le reste de la Côte-Nord. Il est possible que des écarts significatifs s'expliquent par l'effet de structures d'âge différentes entre des sous-groupes. Cependant, l'inclusion de l'âge dans les analyses de régression logistique permet de contrôler son influence.

Il se pourrait que les prévalences réelles de l'embonpoint et de l'obésité soient plus fortes que celles rapportées dans ce document. En effet, l'IMC que nous avons calculé repose uniquement sur le poids et la taille autodéclarés. Or, comparativement à des mesures directes, ce type de réponse tend principalement à sous-estimer le poids des femmes et à surestimer la taille des hommes, surtout chez les personnes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses^[3-14]. Les personnes incorrectement classées comme non obèses selon des valeurs autorapportées seraient en fait susceptibles d'avoir un IMC mesuré proche du seuil d'obésité^[15]. De leur côté, les individus ayant un poids normal démontrent une propension plus forte de déclarer réalistement leur poids et leur taille^[8, 16]. Précisons que l'IMC ne fournit pas d'informations sur la répartition du tissu adipeux et n'évalue pas directement la masse grasse^[17]. L'IMC s'avère inapproprié pour les personnes de très grande ou très petite taille, de même que pour les individus très maigres ou très musclés^[18]. Nonobstant cette lacune, l'autodéclaration constitue un moyen moins coûteux que la mesure directe pour évaluer la répartition du poids corporel dans une population^[7, 19]. Conscient de ce biais potentiel, nous avons demandé aux intervieweurs de Léger Marketing de ne pas arrondir la taille à l'unité supérieure lorsque la grandeur était donnée selon le système anglais.

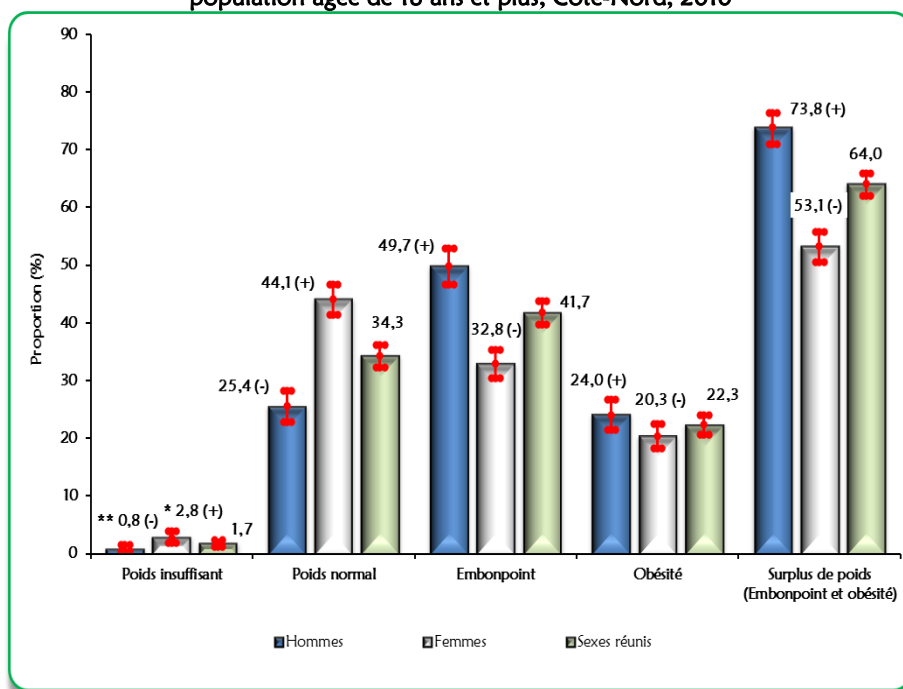
Répartition du poids corporel sur la Côte-Nord

Selon les données de l'enquête, en 2010, environ 1,7 %³ des Nord-Côtiers ont un poids insuffisant et 34 % se classent dans la catégorie « poids normal ». Par ailleurs, plus de quatre personnes sur dix (42 %) font de l'embonpoint et environ une sur cinq (22 %) est obèse (figure 1). Par conséquent, plus de six

3. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % sont habituellement arrondis à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les figures et les tableaux. Dans les figures, les barres verticales **I** correspondent à l'intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une plage de valeurs ayant 19 chances sur 20 d'inclure la vraie proportion que l'on aurait obtenue si on avait interrogé toute la population adulte régionale. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation produite par l'ESCN 2010 s'avère précise. En revanche, de larges intervalles indiquent une moins bonne précision. Il faut se rappeler que des données issues d'une enquête comme l'ESCN 2010, où on interroge qu'une partie seulement de la population, constituent des estimations de la réalité et non des valeurs « exactes ».

Nord-Côtiers sur dix (64 %) ont un excès de poids (figure 1 et tableau 1), ce qui représente environ 43 400 personnes, tandis que le nombre de personnes obèses s'élève approximativement à 15 100 (données non présentées). À titre indicatif seulement, selon les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008*, la prévalence de l'obésité chez les adultes nord-côtiers (22 %) surpasse celle alors enregistrée dans le reste du Québec (16 %). D'après la même enquête, en 2008, l'excès de poids est aussi plus fréquent chez les Nord-Côtiers que chez l'ensemble des autres Québécois (60 % c. 52 %) (données non présentées).

Figure 1 : Répartition du poids corporel selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

(+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note : En raison des arrondis, la somme de l'embonpoint et de l'obésité peut ne pas évaluer la donnée relative au surplus de poids.

Dans la population globale, on observe une variation significative⁴ du surplus de poids entre les territoires de RLS. Plus des trois quarts (76 %) (tableau 1) des résidents de la Basse-Côte-Nord présentent une surcharge pondérale; cette proportion surpasse celle observée chez les autres Nord-Côtiers (63 %) (donnée non présentée). Sur ce point, aucun autre RLS ne se démarque du reste de la Côte-Nord⁵. L'excès de poids affecte davantage les femmes de la Basse-Côte-Nord (70 %) (tableau 1) que leurs consœurs (52 %) (donnée non présentée). Dans ce territoire, plus de huit hommes sur dix (82 %) (tableau 1) ont un surplus de poids. Toutefois, sur cet aspect, au plan statistique, ils ne se démarquent pas des autres hommes nord-côtiers (73 %) (donnée non présentée).

4. Au plan statistique. Afin de ne pas alourdir la suite de texte, nous éviterons autant que possible d'employer le terme « significatif » et ses variantes lorsque nous présenterons des différences entre des groupes. Lorsqu'il sera question d'écarts non significatifs, nous référerons généralement à des tendances.

5. Selon les tests statistiques tenant compte des comparaisons multiples. Dans une perspective régionale, on doit poser l'hypothèse nulle « aucun RLS n'est différent du reste de la Côte-Nord » versus l'hypothèse alternative « au moins un RLS est différent du reste de la Côte-Nord ». Dans cette étude, nous recourons à des tests bilatéraux puisqu'on ne présuppose pas une différence dans un sens ou un autre. Pour s'assurer que le test statistique bilatéral se fasse globalement au seuil de 5 %, il faut employer une correction, celle de Bonferroni dans le cas présent. Elle permet de tenir compte de la multiplicité des comparaisons et de réduire les risques de trouver une différence significative par coïncidence.

Selon une perspective d'analyse locale⁶, on constate qu'en Minganie, les hommes affichent une prévalence de l'excès de poids plus faible (67 %) (tableau 1) que celle enregistrée dans le reste de la population masculine nord-côtière (74 %) (donnée non présentée). Le surplus de poids se révèle aussi moins courant chez les femmes du RLS de Sept-Îles (49 %) (tableau 1) en regard des autres femmes nord-côtières (55 %) (donnée non présentée).

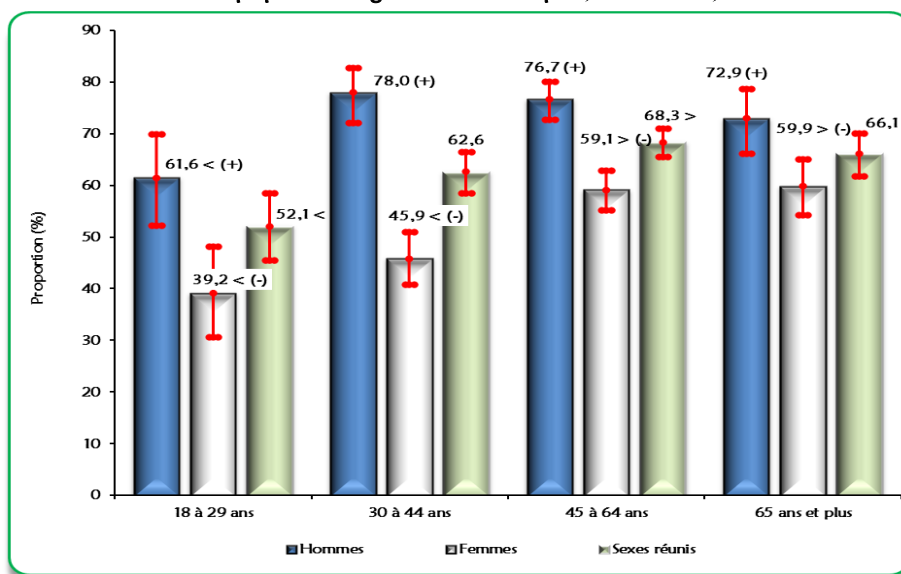
Le sexe ou les structures d'âge des RLS ne semblent pas expliquer ces différences. Les modèles statistiques multivariés (régression logistique) révèlent que, comparativement à la Basse-Côte-Nord, les résidents de tous les territoires de RLS sont moins susceptibles d'avoir un surplus de poids. Quant à l'obésité, elle touche moins fréquemment les Nord-Côtières qui vivent en Haute-Côte-Nord, dans la Manicouagan ou dans le RLS de Sept-Îles que ceux de la Basse-Côte-Nord (tableau 2).

Variations selon le sexe et l'âge

Dans l'ensemble de la région nord-côtière, les données de l'ESCN 2010 révèlent un écart significatif selon le sexe dans chacune des catégories de poids corporel. Ainsi, en proportion, on dénombre plus de personnes ayant un poids normal chez les femmes que chez les hommes (44 % c. 25 %). En contrepartie, l'embonpoint touche davantage les hommes (50 % c. 33 %). Le même constat prévaut pour l'obésité (24 % c. 20 %) (figure 1).

L'analyse bidimensionnelle montre que le pourcentage de personnes ayant une surcharge pondérale varie suivant le groupe d'âge (tableau 1). Toutes proportions gardées, on enregistre moins de cas d'excédent de poids chez les 18 à 29 ans (52 %) (figure 2) que dans l'ensemble des autres catégories d'âge (66 %) (donnée non présentée). À l'inverse, la proportion la plus forte est observée parmi les individus âgés de 45 à 64 ans (68 %). Cette variation selon l'âge existe à la fois chez les hommes et chez les femmes (figure 2).

Figure 2 : Prévalence de l'excès de poids selon l'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

> ou < Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'ensemble des autres groupes d'âge de la même catégorie, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

(+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

6. C'est la perspective que l'on adopterait si l'étude portait spécifiquement sur un territoire de RLS. Sous cette condition, le test statistique pour comparer ce territoire au reste de la région se ferait sur la base du seuil usuel, généralement 5 %.

Un modèle de régression logistique ajusté selon le sexe illustre que les jeunes âgés de 18 à 29 ans s'avèrent moins susceptibles d'avoir un surplus de poids que les personnes âgées de 65 ans ou plus (tableau 2).

Caractéristiques associées à une probabilité accrue ou moindre d'être obèse ou d'avoir un excès de poids

Pour identifier de telles caractéristiques, nous avons élaboré des modèles de régression logistique qui tiennent compte d'un ensemble de facteurs sociodémographiques (âge, sexe, territoire de RLS de résidence), socio-économiques (scolarité et occupation) ainsi que de certaines habitudes de vie (activité physique de loisir, usage de la cigarette), certains états de santé (hypertension artérielle, diabète) et, finalement, de la perception de son état de santé. Le revenu n'a pas été inclus dans les modèles puisqu'il n'était pas associé significativement au surplus de poids ($p = 0,178$) (tableau 1) ou à l'obésité ($p = 0,755$) (donnée non présentée). Les modèles ont été ajustés pour considérer l'effet de l'âge et du sexe. Les résultats détaillés apparaissent aux tableaux 5A et 5B du rapport thématique. Ces tableaux ne sont pas reproduits dans cette publication. La synthèse des résultats obtenus est fournie au tableau 2. À noter que ces caractéristiques doivent être considérées indépendamment les unes des autres. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire de présenter chacun de ces traits pour avoir un risque plus élevé ou plus faible d'être obèse ou en surcharge pondérale.

- Plus spécifiquement, en ce qui a trait à l'obésité, les caractéristiques significativement associées à une augmentation du risque (catégories de référence entre parenthèses) sont :
 - ✓ homme (femme)
 - ✓ pas de diplôme d'études secondaires (diplôme universitaire)
 - ✓ sans emploi (retraité(e))
 - ✓ diabète (pas de diabète)
 - ✓ hypertension artérielle (pas d'hypertension)
 - ✓ perception passable ou mauvaise de son état de santé (perception excellente, très bonne, bonne)
 - ✓ sédentaire (actif)

- Les caractéristiques associées à un risque moindre (catégories de référence entre parenthèses) sont :
 - ✓ RLS de la Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier, Sept-Îles, Caniapiscau et Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord)
 - ✓ Fumeur actuel⁷ (N'a jamais fumé)

Par exemple, après un ajustement pour l'âge, les hommes s'avèrent plus sujets à faire de l'obésité que les femmes. Après correction pour l'âge et le sexe, les personnes sédentaires sont plus susceptibles d'être obèses que celles qui sont actives durant leurs loisirs. Enfin, les fumeurs actuels, sont moins susceptibles d'être atteints d'obésité que les individus qui n'ont jamais fumé.

Éléments de réflexion pour l'action

Le poids corporel est l'un des déterminants associés à l'état de santé d'une personne. La littérature scientifique a amplement démontré que le surplus de poids, mais particulièrement l'obésité, constituent des facteurs de risque de développement de problèmes chroniques de santé. Cela est d'autant plus vrai lorsque ces conditions s'accompagnent, par exemple, d'une habitude de vie préjudiciable pour la santé comme l'inactivité physique^[20, 21]. Parmi ces problèmes de santé, on pense plus spécifiquement au

7. Le libellé « fumeur actuel » désigne les personnes qui, au moment de l'enquête, fumaient la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle de même que celles qui avaient cessé de fumer depuis moins d'un an.

diabète^[22-25], à l'hypertension artérielle^[25-30], et à certains types de cancer^[25, 31]. En fait, l'obésité augmenterait le risque d'avoir un cancer du côlon et du rectum, du pancréas et, chez les femmes, du cancer du sein et de l'endomètre^[4]. Pour les femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait de deux à trois fois plus élevé^[32]. En 2004, on estime que 22 % des cancers de l'endomètre et 10 % des cancers du côlon seraient attribuables à l'obésité^[33]. Les risques pour la santé sont encore plus prononcés lorsque l'accumulation de graisse se situe à l'abdomen; ce qui est plus souvent le cas chez les hommes que les femmes^[34].

Parmi d'autres risques pour la santé associés au surplus de poids, on retrouve par exemple l'arthrite, les maux de dos, les problèmes musculo-squelettiques, notamment l'arthrose du genou^[33, 35] et les limitations d'activités^[18]. Les personnes qui ont une surcharge pondérale éprouvent généralement davantage de difficultés que les autres à s'adonner à des activités physiques de loisir et à accomplir certaines tâches liées à leur travail, à leurs études ou à la vie domestique^[36]. En outre, au Canada, on évalue qu'environ 20 % des décès prématurés, survenus entre l'âge de 20 et 64 ans, serait directement attribuables à l'obésité^[37].

On estime qu'en 2001, les coûts directs et indirects des soins de santé engendrés par l'obésité au Canada auraient atteint respectivement 1,6 milliard \$ et 2,7 milliards, soit 2,2 % des dépenses canadiennes totales en santé^[33, 38]. En 2006, les coûts directs redevables à l'embonpoint et l'obésité au Canada se seraient chiffrés à environ 6 milliards \$, soit quelque 4,1 % des dépenses en santé^[39].

Les problèmes liés au poids corporel comportent une autre facette : le désir excessif de minceur^[17], soutenu, entre autres, par l'importance de l'image corporelle dans la culture moderne qui valorise la minceur^[40], plus particulièrement chez les femmes^[16], et qui propose des idéaux-types de personnes auxquels très peu de gens correspondent. Cette image est particulièrement véhiculée dans les médias et dans les séries télévisées où les personnages en surpoids sont plus susceptibles d'être présentés sous une connotation négative^[41]. L'idéal de minceur peut se traduire par le désir de maigrir, même chez une personne de poids normal, ainsi que par une préoccupation excessive à l'égard du poids. Dans le cas des hommes, les idéaux corporels se manifestent davantage par un désir d'être plus musclé que mince^[1].

L'importance relative de l'excès de poids et de l'inactivité physique est souvent sujette à débat dans certains milieux et chez plusieurs chercheurs^[20, 42]. Pour les uns, faire de l'embonpoint, ou même de l'obésité, serait un moindre mal du moment que l'on est en bonne condition physique, puisque certaines personnes auraient plus de facilité à demeurer en forme qu'à perdre du poids. Pour d'autres chercheurs, il faut atteindre un poids normal ou le maintenir, même dans le cas de gens en bonne condition physique, et ce, afin de réduire les risques de développer des problèmes de santé^[21, 42-48].

À l'aide de régressions logistiques, nous avons modélisé le risque d'avoir reçu un diagnostic de diabète ou d'hypertension artérielle selon le poids corporel et la pratique d'activités physiques de loisir. Les résultats sont présentés et discutés dans le rapport principal. En résumé, par rapport aux personnes actives et affichant un poids normal, le risque tend à s'accroître avec l'élévation du poids corporel, et ce, même chez les gens actifs.

Nos analyses tendent à confirmer l'importance de miser à la fois sur le contrôle du poids corporel et sur l'activité physique dans les interventions de prévention et de promotion de la santé destinées à améliorer l'état de santé de la population et à prévenir l'émergence de problèmes de santé, dont le diabète et l'hypertension. Pour Church et Blair, le débat « forme physique c. embonpoint/obésité » n'est pas vraiment fondamental et se situe davantage au plan académique. Selon ces auteurs, plutôt que de consacrer du temps à soupeser la contribution relative de ces deux facteurs, il faut trouver les façons d'amener les individus sédentaires à devenir physiquement actifs, que ce soit dans une perspective de contrôle de poids ou de promotion de la santé. À cet égard, ils recommandent environ 30 minutes d'activité physique modérée par jour, à raison de cinq jours par semaine^[20]. Mais, il importe aussi de se préoccuper de l'obésité. L'idéal demeure, bien sûr, d'être à la fois actif et de conserver un poids normal. Cependant, perdre du poids et conserver cette baisse, par l'adoption d'un mode de vie physiquement actif, apparaît un objectif plus atteignable pour la majorité des personnes obèses. Un tel

message de santé publique convaincrat davantage que d'insister sur l'atteinte du poids normal. Il est reconnu qu'un amaigrissement, même modeste, soit de l'ordre de 5 % à 10 %, chez les individus en embonpoint ou obèses, est bénéfique pour la santé^[49]. À cette fin, on doit donc miser d'abord sur les exercices d'intensité moyenne, comme la marche, particulièrement auprès des personnes sédentaires. Une fois qu'un individu serait accoutumé de pratiquer de l'exercice régulièrement et aurait atteint un certain niveau de forme physique, il pourrait s'adonner ensuite à des activités physiques plus rigoureuses qui entraînent une plus forte dépense énergétique. Le médecin traitant devrait être consulté à ce sujet^[50].

Dans le rapport thématique, certains résultats d'études sur le passage du statut « poids normal » à l'embonpoint et à l'obésité ont été présentés. Dans une perspective préventive au plan de la santé, et pour éviter aussi un gain de poids appréciable qui conduirait vers l'embonpoint et l'obésité, il importe que les personnes de poids normal adoptent aussi de saines habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activités physiques de loisir.

Tableau 1 : Prévalence brute du surplus de poids¹ selon diverses caractéristiques démographiques, socio-économiques, d'états de santé et certaines habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Population totale (n = 3 609)			64,0	66,3	63,3	65,0	61,8	62,5	76,4 (+)	62,4
Sexe			p = 0,000	p = 0,001	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,053	p = 0,072	p = 0,001
Homme (n = 1 515)	√	r-CN	73,8 >	73,2 >	73,9 >	74,5 >	74,3 >	66,7 -	82,0	70,3 >
Femme (n = 2 094)	√	r-CN	53,1 <	58,5 <	51,7 <	53,1 <	48,8 - <	58,2	70,4 (+)	51,2 <
Âge			p = 0,000	p = 0,607	p = 0,015	p = 0,567	p = 0,005	p = 0,006	p = 0,170	p = 0,018
18 à 29 ans (n = 341)	√	r-CN	52,1 <	XX	47,4 <	63,0	50,3 <	43,1 <	XX	50,3 <
30 à 44 ans (n = 840)	√	r-CN	62,6	61,3	67,1	61,2	57,4	61,4	74,0 +	61,7
45 à 64 ans (n = 1659)	√	r-CN	68,3 >	68,6	65,8	65,1	70,2 >	67,0	84,1 (+)	70,9 >
65 ans et plus (n = 743)	√	r-CN	66,1	68,9	66,7	71,6	60,9	68,2	71,9	XX
Revenu du ménage			p = 0,178	p = 0,702	p = 0,769	p = 0,797	p = 0,194	p = 0,862	p = 0,688	p = 0,791
Moins de 20 000 \$ (n = 398)	√	r-CN	59,0	62,3	58,4	65,1	50,7	66,7	72,1	XX
20 000 \$ à 39 999 \$ (n = 751)	√	r-CN	63,8	64,9	62,8	60,5	64,1	60,9	74,0	XX
40 000 \$ à 59 999 \$ (n = 621)	√	r-CN	68,7	68,2	69,0	63,7	68,2	65,4	81,1 +	XX
60 000 \$ à 79 999 \$ (n = 481)	√	r-CN	63,5	72,0	63,0	63,1	58,2	66,1	77,1	XX
80 000 \$ et plus (n = 1 095)	√	r-CN	64,9	62,0	64,0	68,4	65,4	60,9	69,2	63,9
Scolarité			p = 0,000	p = 0,749	p = 0,013	p = 0,629	p = 0,072	p = 0,068	p = 0,132	p = 0,260
Moins d'un 5 ^e secondaire (n = 954)	√	r-CN	68,8 >	68,5	69,3	64,4	65,6	70,9	81,0 (+)	77,6
Diplôme d'études secondaires (n = 1 108)	√	r-CN	65,5	64,0	65,6	69,4	62,6	62,5	82,6 (+)	65,2
Diplôme d'études collégiales (n = 960)	√	r-CN	64,2	69,1	64,2	62,5	64,6	60,1	64,0	58,3
Diplôme universitaire (n = 540)	√	r-CN	53,6 <	63,5	48,6 <	62,3	49,9	53,8	69,3	64,3
Occupation principale²			p = 0,043	p = 0,884	p = 0,436	p = 0,036	p = 0,689	p = 0,206	p = 0,201	p = 0,271
Travailleur(euse) (n = 2 185)	√	r-CN	64,0	65,0	64,2	65,8	60,9	61,4	79,6 (+)	62,1
Étudiant(e) (n = 92)	√	r-CN	50,6	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Personne sans emploi (n = 284)	√	r-CN	65,9	71,2	66,5	59,8	61,9	72,1	XX	XX
Retraité(e) (n = 971)	√	r-CN	66,2	67,7	64,1	70,5	66,0	66,8	71,8	XX
Autre (n = 74)	√	r-CN	58,9	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Hypertension			p = 0,000	p = 0,008	p = 0,003	p = 0,010	p = 0,003	p = 0,023	p = 0,015	p = 0,000
Oui (n = 849)	√	r-CN	75,7 >	76,6 >	74,7 >	75,2 >	73,9 >	72,9 >	87,1 (+) >	87,1 + >
Non (n = 2 741)	√	r-CN	61,0 <	63,2 <	60,5 <	61,8 <	59,2 <	60,3 <	72,8 (+) <	58,6 <
Diabète			p = 0,000	p = 0,001	p = 0,004	p = 0,037	p = 0,001	p = 0,000	p = 0,096	p = 0,001
Oui (n = 414)	√	r-CN	82,1 >	84,5 >	80,3 >	81,3 >	80,0 >	88,9 >	90,1	XX
Non (n = 3 189)	√	r-CN	62,4 <	64,7 <	62,0 <	63,8 <	59,8 <	59,5 <	75,5 (+)	60,6 <
Maladie cardiaque			p = 0,019	p = 0,329	p = 0,247	p = 0,082	p = 0,317	p = 0,131	p = 0,959	p = 0,811
Oui (n = 250)	√	r-CN	72,6 >	73,8	70,9	78,5	70,8	73,9	XX	XX
Non (n = 3 342)	√	r-CN	63,3 <	65,6	62,6	64,0	61,4	61,4	76,5 (+)	62,3
Tabagisme			p = 0,000	p = 0,021	p = 0,585	p = 0,000	p = 0,021	p = 0,000	p = 0,421	p = 0,039
Oui (n = 909)	√	r-CN	57,4 <	57,4 <	61,3	52,0 <	53,3 <	48,8 <	80,1 (+)	53,7 <
Non (n = 2 699)	√	r-CN	66,2 >	69,4 >	63,9	70,7 >	64,5 >	68,0 >	75,1 +	66,0 >
Activité physique de loisir			p = 0,002	p = 0,792	p = 0,022	p = 0,648	p = 0,162	p = 0,057	p = 0,444	p = 0,481
Sédentaire ³ (n = 1 030)	√	r-CN	69,1 >	67,6	70,6 >	66,7	67,2	68,4	79,7 +	66,1
Actif (n = 2 564)	√	r-CN	62,1 <	66,3	60,2 <	64,4	60,4	59,5	75,3 (+)	61,4

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

(+) (-) Pour une catégorie donnée, ces symboles indiquent une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtère (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur sept comparaisons : (valeur Z = + ou - 2,690, soit un niveau de confiance de 99,3 %).

< ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories de la variable, au seuil de 5 %. Pour les variables de croisement ayant plus de deux catégories, en présence d'une association significative globale au plan statistique, des tests au seuil usuel de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil varie suivant le nombre de catégories de la variable.

+ ou - Accompagnés d'une trame grise, ces symboles indiquent, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtère (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

XX L'estimation est basée sur moins de 30 répondants (en fréquences marginales). Elle n'est pas présentée peu importe la valeur du coefficient de variation.

1. Indice de masse corporelle (IMC) $\geq 25,0$. Cette catégorie comprend les personnes en embonpoint (IMC : 25,0-29,9) et les personnes obèses (IMC $\geq 30,0$). La prévalence n'est pas ajustée pour l'âge.

2. Dans les 12 mois précédant l'enquête. La catégorie "Autre" comprend notamment des personnes qui touchaient des prestations d'accident du travail, une rente d'invalidité, des indemnités de la CSST, de la SAAQ ou des personnes en congé de maladie.

3. Pratique d'activités physiques de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, selon une fréquence inférieure à une fois par semaine durant l'année précédant l'enquête.

Tableau 2 : Synthèse des associations¹ entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le poids corporel², population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Ensemble de la population	
Risque plus élevé de faire de l'obésité³	
Caractéristiques sociodémographiques	Homme (Femme)
Caractéristiques socio-économiques	Pas de diplôme d'études secondaires (Diplôme universitaire) Personne sans emploi (Retraité(e))
Caractéristiques liées aux habitudes de vie	Sédentaire (Actif)
Caractéristiques liées à l'état de santé	Perception passable ou mauvaise de son état de santé (Perception excellente, très bonne, bonne) Personne avec hypertension artérielle (Personne non hypertendue) Personne diabétique (Personne non diabétique)
Risque plus élevé d'être en surplus de poids³	
Caractéristiques sociodémographiques	Homme (Femme)
Caractéristiques socio-économiques	Tous les niveaux de scolarité inférieurs à un diplôme universitaire (diplôme universitaire)
Caractéristiques liées aux habitudes de vie	Sédentaire (Actif)
Caractéristiques liées à l'état de santé	Perception passable ou mauvaise de son état de santé (Perception excellente, très bonne, bonne) Personne avec hypertension artérielle (Personne non hypertendue) Personne diabétique (Personne non diabétique)
Risque moins élevé de faire de l'obésité³	
Caractéristiques sociodémographiques	RLS de la Haute-Côte-Nord, RLS de Manicouagan, RLS de Sept-Îles (RLS de la Basse-Côte-Nord)
Caractéristiques socio-économiques	Aucune parmi celles testées
Caractéristiques liées aux habitudes de vie	Fumeur actuel (Personne n'ayant jamais fumé)
Caractéristiques liées à l'état de santé	Aucune parmi celles testées
Risque moins élevé d'être en surplus de poids³	
Caractéristiques sociodémographiques	18 à 29 ans (65 ans et plus) Territoires de RLS : Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier, Sept-Îles, Caniapiscau, Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord)
Caractéristiques socio-économiques	Aucune parmi celles testées
Caractéristiques liées aux habitudes de vie	Fumeur actuel (Personne n'ayant jamais fumé)
Caractéristiques liées à l'état de santé	Aucune parmi celles testées

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.
Tableau inspiré de : Martel, S., Lo, E., Harmel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma. (2014). *Poids corporel chez les adultes québécois*. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec. (Tableau 2, p. 18).

- Selon les résultats des analyses de régression logistique présentées aux tableaux 5A et 5B du rapport thématique. Le rapport de cotes mesure la force de l'association entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière (la catégorie de référence est entre parenthèses) et le fait d'être obèse (versus celui de ne pas l'être) ou le fait d'être en surcharge pondérale (versus celui de ne pas l'être). Les rapports de cotes sont ajustés pour considérer l'effet de l'âge et du sexe. Lorsque l'une des caractéristiques est une des variables contrôle, les rapports de cotes sont ajustés selon l'autre facteur confondant.
- Obésité : Catégorie de référence (personnes non obèses); Surplus de poids : Catégorie de référence (personnes de poids normal ou insuffisant).
- On parle de risque plus élevé lorsque les rapports de cotes sont supérieurs à 1 et significatifs au seuil de 5 %. Le risque est plus faible si les rapports de cotes sont significativement inférieurs à 1, au seuil de 5 %. Le risque est semblable quand les rapports de cotes ne sont pas significativement différents de 1, au seuil de 5 %. Les caractéristiques associées à un risque semblable ne sont pas présentées. Ici, nous employons le terme « risque » au sens de « propension », car les rapports de cotes fournis par la régression logistique n'équivalent pas à un risque relatif lorsque la prévalence du phénomène concerné est relativement grande (5 % à 10 % et plus).

Note : Chaque caractéristique doit être considérée indépendamment des autres. Ainsi, après un ajustement pour l'âge, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de faire de l'obésité (IMC \geq 30,0) ou d'avoir un surplus de poids (IMC \geq 25,0). Après un ajustement pour l'âge et le sexe, les sédentaires ont une probabilité plus forte que les gens actifs d'être obèses ou d'avoir un surplus de poids. Par ailleurs, en considérant l'âge et le sexe, les fumeurs actuels sont moins susceptibles d'être obèses ou d'être en surcharge pondérale que les individus qui n'ont jamais fumé.

Références

1. Martel, S., E. Lo, D. Hamel *et al*: **Poids corporel et santé chez les adultes québécois**. *Coll. Fardeau du poids corporel* 2014 : 24 p.
2. Engstrom, J. L., S. A. Paterson, A. Doherty *et al*: **Accuracy of self-reported height and weight in women : an integrative review of the literature**. *J Midwifery Womens Health* 2003, **48**(5) : 338-345.
3. John, U., M. Hanke, J. Grothues *et al*: **Validity of overweight and obesity in a nation based on self-report versus measurement device data**. *European Journal of Clinical Nutrition* 2006, **60**(3) : 372-377.
4. Agence de la santé publique du Canada, Institut canadien d'information sur la santé : **Obésité au Canada: Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé**; 2011 : 62 p.
5. Bostrom, G., F. Diderichsen : **Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index based on questionnaire data**. *International Journal of Epidemiology* 1997, **26**(4) : 860-866.
6. Connor Gorber, S., M. Tremblay, D. Moher *et al*: **A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index : a systematic review**. *Obesity Reviews* 2007, **8**(4) : 307-326.
7. Gorber, S. C., M. Shields, M. S. Tremblay *et al*: **La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité**. *Rapports sur la santé* 2008, **19**(3) : 75-87.
8. Lamontagne, P., D. Hamel : **Poids corporel de la population adulte québécoise : mise à jour 2005 : exploitation des données de l'ESCC 3.1** : Recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec; 2008.
9. Lamontagne, P., D. Hamel : **Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois : portrait et évolution de 1987 à 2010**. Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec; 2012.
10. Palta, M., R. J. Prineas, R. Berman *et al*: **Comparison of self-reported and measured height and weight**. *American Journal of Epidemiology* 1982, **115**(2) : 223-230.
11. Roberts, R. J. : **Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight?** *Public Health* 1995, **109**(4) : 275-284.
12. Rowland, M. L. : **Self-reported weight and height**. *American Journal of Clinical Nutrition* 1990, **52**(6) : 1125-1133.
13. Shields, M., S. C. Gorber, M. S. Tremblay : **Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes**. *Rapports sur la santé* 2008, **19**(2) : 69-85.
14. Taylor, A. W., E. Dal Grande, T. K. Gill *et al*: **How valid are self-reported height and weight? A comparison between CATI self-report and clinic measurements using a large cohort study**. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2006, **30**(3) : 238-246.
15. Chiolero, A., I. Peytremann-Bridevaux, F. Paccaud : **Associations between obesity and health conditions may be overestimated if self-reported body mass index is used**. *Obesity Reviews* 2007, **8**(4) : 373-374.
16. Shields, M., S. C. Gorber, M. S. Tremblay : **Effets des mesures sur l'obésité et la morbidité**. *Rapports sur la santé* 2008, **19**(2) : 87-95.
17. Cazale, L., R. Dufour, L. Mongeau *et al*: **Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants**. Institut de la statistique du Québec, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*; 2010 : chapitre 7, p. 131-157.
18. Gagnon-Arpin, I., E. Makvandi, P. Imbeault *et al*: **Le surplus de poids chez les francophones et les anglophones**. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique* 2013, **104**(6) : S21-S25.
19. Yannakouli, M., D. B. Panagiotakos, C. Pitsavos *et al*: **Correlates of BMI misreporting among apparently healthy individuals: the ATTICA study**. *Obesity (Silver Spring)* 2006, **14**(5) : 894-901.
20. Blair, S. N., T. S. Church: **The fitness, obesity, and health equation : is physical activity the common denominator?** *JAMA* 2004, **292**(10) : 1232-1234.

21. Pedersen, B. K. : **Body mass index-independent effect of fitness and physical activity for all-cause mortality.** *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2007, **17**(3) : 96-204.
22. Agence de santé publique du Canada : **Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : synthèse de la recherche et des collaborations - Résultats des consultations.** Ottawa; 2005 : 80 p.
23. Agence de santé publique du Canada : **Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres.** Agence de la santé publique du Canada; 2011.
24. Émond, V., L. Rochette : **La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002.** Institut national de santé publique du Québec; 2005 : 16 p.
25. Tjepkema, M. : **Obésité chez les adultes.** *Rapports sur la santé* 2006, **17**(3) : 9-26.
26. Burger, J. P., E. H. Serne, F. Nolte *et al* : **Blood pressure response to moderate physical activity is increased in obesity.** *Netherlands Journal of Medicine* 2009, **67**(8) : 342-346.
27. Daniels, S. R. : **Obesity, vascular changes, and elevated blood pressure.** *Journal of the American College of Cardiology* 2012, **60**(25) : 2651-2652.
28. Field, A. E., E. H. Coakley, A. Must *et al* : **Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period.** *Archives of Internal Medicine* 2001, **161**(13) : 1581-1586.
29. Hu, G., N. C. Barengo, J. Tuomilehto *et al* : **Relationship of physical activity and body mass index to the risk of hypertension : a prospective study in Finland.** *Hypertension* 2004, **43**(1) : 25-30.
30. Wilson, P. W., R. B. D'Agostino, L. Sullivan *et al* : **Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk : the Framingham experience.** *Archives of Internal Medicine* 2002, **162**(16) : 1867-1872.
31. Krueger, H. A. : **Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada.** Mai 2008 : 73 p.
32. Leduc, S., M. Coulombe : **Obésité, sédentarité et cancer.** *Le Médecin du Québec* 2005, **40**(10) : 53-59.
33. Luo, W., H. Morrison, M. de Groh *et al* : **The burden of adult obesity in Canada.** *Chronic Diseases in Canada* 2007, **27**(4) : 135-144.
34. Groupe de travail provincial sur la problématique du poids : **Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à l'action.** Québec : Association pour la santé publique du Québec; 2005 : 57 p. Annexes.
35. Organisation mondiale de la santé (OMS) : **Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale.** *Série de rapports techniques* 2003 (894) : 284 p.
36. Tremblay, A., F. Bélanger-Ducharme, C. Bérard *et al* : **L'activité physique et le poids corporel : Avis du Comité scientifique de Kino-Québec.** *Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec*, 2006 : 44 p.
37. Janssen, I. : **The public health burden of obesity in Canada.** *Can J Diabetes* 2013, **37**(2) : 90-96.
38. Katzmarzyk, P. T., I. Janssen : **The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada : an update.** *Canadian Journal of Applied Physiology* 2004, **29**(1) : 90-115.
39. Anis, A. H., W. Zhang, N. Bansback *et al* : **Obesity and overweight in Canada : an updated cost-of-illness study.** *Obesity Reviews* 2010, **11**(1) : 31-40.
40. Schwartz, M. B., H. O. Chambliss, K. D. Brownell *et al* : **Weight bias among health professionals specializing in obesity.** *Obesity Research* 2003, **11**(9) : 1033-1039.
41. Greenberg, B. S., M. Eastin, L. Hofschire *et al* : **Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television.** *American Journal of Public Health* 2003, **93**(8) : 1342-1348.
42. Sullivan, P. W., E. H. Morrato, V. Ghushchyan *et al* : **Obesity, inactivity, and the prevalence of diabetes and diabetes-related cardiovascular comorbidities in the U.S., 2000-2002.** *Diabetes Care* 2005, **28**(7) : 1599-1603.
43. Florez, H., S. Castillo-Florez : **Beyond the obesity paradox in diabetes : fitness, fatness, and mortality.** *JAMA* 2012, **308**(6) : 619-620.
44. Fogelholm, M. : **Physical activity, fitness and fatness : relations to mortality, morbidity and disease risk factors. A systematic review.** *Obesity Reviews* 2010, **11**(3) : 202-221.
45. Gill, J. M., A. R. Cooper : **Physical activity and prevention of type 2 diabetes mellitus.** *Sports Medicine* 2008, **38**(10) : 807-824.

46. Hainer, V., H. Toplak, V. Stich : **Fat or fit: what is more important?** *Diabetes Care* 2009, **32 Suppl 2** : S392-397.
47. Proper, K. I., A. S. Singh, W. van Mechelen *et al*: **Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies.** *American Journal of Preventive Medicine* 2011, **40(2)** : 174-182.
48. Wessel, T. R., C. B. Arant, M. B. Olson *et al*: **Relationship of physical fitness vs body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in women.** *JAMA* 2004, **292(10)** : 1179-1187.
49. Matthiessen, J., A. Biloft-Jensen, S. Fagt *et al*: **Misperception of body weight among overweight Danish adults : trends from 1995 to 2008.** *Public Health Nutrition* 2014, **17(7)** : 1439-1446.
50. Tsai, J., E. S. Ford, C. Li *et al*: **Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes.** *BMC Public Health* 2010, **10** : 365.

Rédaction

Yves Therriault, Ph.D.
Agent de planification, de programmation et de recherche
et responsable du bulletin « La santé recherchée »

Révision

Nicole Boudreau
Adjointe au directeur de santé publique

Pascal Paradis
Conseiller en communication

Disponible sur le site Internet du CISSS
www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 2371-3984 [En ligne]

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord
Québec

