

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

Québec



**ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD 2010  
RAPPORT THÉMATIQUE N° 4  
LES HABITUDES DE VIE :  
LE SURPLUS DE POIDS CHEZ LA  
POPULATION NORD-CÔTIÈRE**

*Direction de santé publique*  
**Juillet 2016**

communauté

Hommes

réseau

Humain

Femmes

âînés

services

région

côte-nord

société

santé

Famille

sociaux

vie

gens

enfants

milieu



**ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD 2010**  
**RAPPORT THÉMATIQUE N° 4**  
**LES HABITUDES DE VIE : LE SURPLUS DE**  
**POIDS CHEZ LA POPULATION NORD-CÔTIÈRE**

**DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE**

**JUILLET 2016**

---

**Coordination du projet**

Yves Therriault, Ph.D.  
Agent de planification, de programmation et de recherche  
Direction de santé publique de la Côte-Nord

**Traitement des données, analyse, rédaction du texte, conception des tableaux et figures**

Yves Therriault, Ph.D.

**Révision générale**

Nicole Boudreau, adjointe au directeur de santé publique

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour les projets d'étude et d'évaluation.

**Note au lecteur**

La forme masculine utilisée dans le texte désigne, lorsqu'il y a lieu, autant les hommes que les femmes et n'est utilisée qu'à seule fin d'alléger le texte.

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.  
Toute reproduction totale ou partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Ce document est disponible sur le site Web du Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte-Nord ([www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca)).

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2016  
Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2016  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque de l'Assemblée nationale  
ISBN 978-2-550-75102-1 (version imprimée)  
ISBN 978-2-550-75103-8 (PDF)

## REMERCIEMENTS

---

Une enquête de cette envergure ne pourrait être réalisée sans la collaboration et les encouragements de plusieurs personnes :

- D<sup>r</sup> Raynald Cloutier, directeur de santé publique en fonction lors du lancement de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, qui a vu la pertinence de réaliser cette quatrième enquête quinquennale;
- les professionnels et gestionnaires de la Direction de santé publique et des autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord de l'époque<sup>1</sup> pour leurs commentaires et suggestions lors de l'élaboration du questionnaire;
- ma supérieure immédiate, Nicole Boudreau, adjointe au directeur de santé publique, pour son appui constant de même que ses commentaires toujours judicieux;
- l'équipe de Léger Marketing qui, par son professionnalisme, a contribué au succès de l'enquête. Un merci tout spécial à Sébastien Dallaire qui était chargé de projet chez Léger Marketing. Merci pour son infaillible disponibilité et sa grande implication dans la concrétisation de cette enquête;
- et, finalement, mille mercis aux 3 178 répondants nord-côtiers qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'enquête. Sans leur confiance et la générosité de leur temps, cette enquête n'aurait évidemment jamais vu le jour.

Yves Therriault, Ph. D.  
Agent de planification, de programmation  
et de recherche  
Responsable principal de  
l'Enquête Santé Côte-Nord 2010

---

1. Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10 le 1<sup>er</sup> avril 2015, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord intègre les missions auparavant dévolues à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et aux autres établissements du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux, soit les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN).



## AVANT-PROPOS

---

Nous vous présentons, avec plaisir, ce deuxième portrait thématique en lien avec les habitudes de vie de la population nord-côtière à partir des données tirées de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010. Plus spécifiquement, ce rapport thématique porte sur l'excédent de poids (embonpoint et obésité) chez les Nord-Côtiers âgés de 18 ans et plus. Le document explore en détails divers aspects relatifs à la prévalence de cette condition dans l'ensemble de la région et, lorsque cela est possible, dans les territoires infrarégionaux. Le document est divisé en six chapitres. Le premier fait brièvement état de la méthodologie de l'enquête. Dans un deuxième chapitre, le texte fait ressortir les principales caractéristiques associées à l'embonpoint et l'obésité dans notre région. Par la suite, le troisième chapitre s'intéresse aux résultats de l'enquête au regard de l'état de santé physique et psychosociale des personnes obèses ainsi qu'à quelques-unes de leurs habitudes de vie. Le quatrième chapitre est consacré à la perception que les Nord-Côtiers ont de leur poids et à l'adéquation entre le poids perçu et leur statut pondéral calculé selon l'indice de masse corporelle (IMC). Le cinquième chapitre examine dans quelle mesure les Nord-Côtiers ont entrepris ou non des actions concernant le poids corporel dans les six mois précédant l'enquête et identifie des éléments associés à ce comportement. Fait intéressant, l'auteur démontre, à l'aide de méthodes statistiques prenant en considération l'influence conjointe de plusieurs éléments, qu'une perception adéquate de leur poids corporel, par les personnes en surplus de poids, s'avère un facteur significatif dans le fait d'avoir tenté ou non de maigrir dans les six mois précédant l'enquête. Enfin, le sixième chapitre survole les grands constats de l'enquête et présente des pistes de réflexion au regard des actions préventives concernant l'excès de poids.

La présente édition de l'Enquête Santé Côte-Nord (ESCN) est la quatrième réalisée depuis 1995. La publication de ce rapport s'inscrit dans le cadre des responsabilités du directeur de santé publique, soit de diffuser des données pertinentes sur l'état de santé et de bien-être de la population nord-côtière ainsi que sur les déterminants qui l'influencent. Non seulement le présent document présente-t-il des informations à l'échelle de la Côte-Nord, il le fait également à l'échelle locale, soit celle des territoires de réseau local de services (RLS). En ce sens, l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 comporte un avantage sur d'autres telles que les différentes éditions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) dont les données ne concernent que la région nord-côtière. L'Enquête Santé Côte-Nord permet en effet nouveau Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord d'obtenir des informations généralement indisponibles ailleurs concernant plusieurs indicateurs de l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire. Elle est destinée, entre autres, à appuyer les gestionnaires, les professionnels et les divers intervenants œuvrant dans les différentes installations du CISSS de la Côte-Nord dans leurs efforts visant à améliorer l'état de santé et de bien-être de l'ensemble de leurs populations respectives.

Par ailleurs, en raison de cette responsabilité, la santé d'une population n'est plus l'apanage des seuls acteurs du réseau et, par conséquent, interpelle aussi d'autres acteurs, professionnels et personnes : la population elle-même, les municipalités, le réseau de l'éducation, les organismes communautaires, etc. Dans ce contexte, les données de l'Enquête Santé Côte-Nord s'adressent également à ces personnes.

Enfin, je remercie les milliers de Nord-Côtiers qui ont participé à cette enquête et tous les professionnels de la Direction de santé publique ou des autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord de l'époque qui, directement ou indirectement, ont contribué à la réalisation de cette enquête.

Bonne lecture!

Stéphane Trépanier, m.d.  
Directeur de santé publique



## AVERTISSEMENT

---

- Afin de faciliter la lecture, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont généralement arrondies à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les tableaux et figures.
- Les estimations relatives au nombre de personnes sont arrondies à la centaine la plus près. Elles ne sont toutefois pas corrigées, le cas échéant, pour tenir compte de la non-réponse partielle. En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties. Les proportions rapportées excluent, le cas échéant, la non-réponse partielle.
- Afin de restreindre l'analyse, pour la plupart des thématiques, la recherche d'associations significatives entre une caractéristique d'intérêt (ex. : embonpoint) et d'autres variables ne porte que sur certains aspects choisis de chacune des dimensions suivantes : sociodémographiques, socioéconomiques, comportements ou conditions physiques et facteurs psychosociaux.
- La nature transversale de l'enquête implique qu'on ne peut pas établir de liens de cause à effet lorsqu'on parle d'une association significative entre deux variables.
- Une proportion accompagnée d'un astérisque « \* » est relativement imprécise (coefficient de variation supérieur à 16,66 %, mais inférieur ou égal à 33,33 %). Par conséquent, elle doit être interprétée avec prudence. Les proportions ayant un coefficient de variation supérieur à 33,33 % sont accompagnées d'un double astérisque « \*\* ». Elles ne sont pas fiables au plan statistique et ne sont présentées qu'à titre indicatif seulement. Inversement, l'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que les estimations ont une bonne précision (coefficient de variation  $\leq 16,66$  %).
- À moins d'indications contraires, toutes les différences présentées sont significatives à un seuil de 5 %. Lorsqu'il est question d'écart non significatifs, nous référons généralement à des tendances.
- Lorsque nous mentionnons une proportion se rapportant à un groupe de comparaison (ex. : « reste de la région », « autres Nord-Côtiers ou Nord-Côtières », « autres groupes d'âge », « autres catégories de revenu », « autres niveaux de scolarité », etc.), sauf exception, celle-ci n'est pas présentée dans un tableau ou une figure. Par conséquent, afin d'alléger le texte, nous évitons généralement de préciser que la donnée n'est pas présentée.
- Pour ce texte, le traitement des données a été effectué par l'auteur de ce rapport en utilisant le logiciel IBM SPSS Complex Samples. Ce logiciel spécialisé permet de tenir compte de l'effet de plan de l'enquête dans le calcul des marges d'erreur des estimations ainsi que dans les tests statistiques.
- Les résultats de cette enquête ne sont pas directement comparables à ceux issus d'autres enquêtes fédérales ou provinciales pour diverses raisons d'ordre méthodologique : population visée, construction de la base de sondage, sélection des répondants, formulation des questions, etc.
- La population visée par l'enquête est composée des adultes nord-côtiers âgés de 18 ans et plus, à l'exception des résidents des communautés autochtones.
- Au moment de la tenue de l'enquête, la Haute-Côte-Nord et la Manicouagan constituent deux territoires de RLS distincts : RLS de la Haute-Côte-Nord et RLS de Manicouagan. Depuis le 28 juin 2013, ils forment un seul territoire de RLS, soit le RLS Haute-Côte-Nord–Manicouagan.



## TABLE DES MATIÈRES

Principaux faits saillants de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 au regard du statut pondéral .....	1
Chapitre 1 : Méthodologie.....	9
1.1 Contexte général de l'enquête .....	9
1.2 Objectifs de l'enquête .....	9
1.3 Considérations éthiques.....	10
1.4 Comité scientifique.....	10
1.5 Plan d'échantillonnage et stratégie de collecte .....	10
1.5.1 Population cible.....	10
1.5.2 Base de sondage et méthode de sélection .....	10
1.5.3 Taille d'échantillon .....	12
1.5.4 Méthode de collecte .....	12
1.5.4.1 Stratégie de collecte.....	12
1.5.4.2 Instrument d'enquête .....	13
1.5.4.3 Taux de réponse .....	14
1.5.4.4 Validation .....	14
1.5.5 Précision des estimations.....	15
1.5.5.1 Erreurs dues à l'échantillonnage .....	15
1.5.5.2 Erreurs non dues à l'échantillonnage .....	16
1.5.6 Traitement des données .....	16
1.5.6.1 Pondération.....	16
1.5.6.2 Construction des variables .....	17
1.5.6.3 Plan d'analyse.....	17
1.5.6.4 Non-réponse partielle .....	17
1.5.7 Méthodes d'analyse .....	18
1.5.7.1 Analyses bivariées .....	18
1.5.7.2 Analyses multivariées.....	18
1.5.7.3 Tests statistiques .....	18
1.5.8 Présentation des résultats.....	19
Chapitre 2 : Le statut pondéral de la population nord-côtière en 2010.....	21
Introduction.....	21
2.1 Aspects méthodologiques .....	23
2.1.1 Source des questions.....	23
2.1.2 Limites dans l'interprétation .....	24
2.2 Résultats.....	25
2.2.1 Répartition du poids corporel sur la Côte-Nord.....	25
2.2.2 Situation dans les territoires de RLS.....	25
2.2.3 Variations selon le sexe et l'âge .....	27
2.2.4 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques.....	30
2.2.4.1 Selon le revenu .....	30
2.2.4.2 Selon la scolarité.....	31
2.2.4.3 Selon l'occupation .....	32
2.2.5 Variations selon la présence de certaines maladies chroniques.....	32
2.2.6 Variations selon certaines habitudes de vie.....	33
2.2.6.1 Selon le statut tabagique.....	33
2.2.6.2 Selon l'activité physique de loisir .....	34
2.2.6.3 Selon la consommation de repas non préparés à la maison .....	34

Chapitre 3 : Santé physique, psychosociale et habitudes de vie des personnes obèses.....	43
3.1 État de santé physique .....	43
3.1.1 Asthme .....	43
3.1.2 Hypertension artérielle .....	43
3.1.3 Diabète .....	44
3.1.4 Maladies du cœur.....	44
3.1.5 Perception de l'état de santé .....	45
3.2 État de santé psychosociale .....	46
3.2.1 Détresse psychologique .....	46
3.2.2 Stress .....	46
3.3 Quelques habitudes de vie des Nord-Côtiers atteints d'obésité.....	47
3.3.1 Tabagisme .....	47
3.3.2 Activité physique de loisir (sédentarité) .....	47
3.3.3 Consommation d'alcool .....	47
 Chapitre 4 : Perception du poids corporel.....	 51
4.1 Aspects méthodologiques .....	51
4.1.1 Source de la question .....	51
4.1.2 Limites dans l'interprétation .....	51
4.2 Résultats.....	51
4.2.1 Variations selon le sexe et l'âge .....	52
4.2.2 Variations selon le revenu et la scolarité .....	53
4.2.3 Variations selon certaines maladies chroniques .....	53
4.2.4 Variations selon la perception de l'état de santé.....	53
4.2.5 Variations selon le statut pondéral .....	54
4.3 Concordance entre le poids perçu et le statut pondéral autodéclaré .....	54
4.3.1 Variations selon le sexe et l'âge .....	55
4.3.2 Variations selon le revenu et la scolarité .....	56
4.3.3 Variations selon certaines maladies chroniques .....	58
4.4 Facteurs associés à la sous-estimation du poids corporel.....	58
4.4.1 Chez les personnes qui font de l'embonpoint.....	58
4.4.2 Chez les personnes obèses.....	59
4.4.3 Chez les personnes en surplus de poids.....	59
 Chapitre 5 : Actions entreprises au regard du poids .....	 67
5.1 Aspects méthodologiques .....	67
5.1.1 Source de la question .....	67
5.1.2 Limites dans l'interprétation .....	67
5.2 Résultats.....	67
5.2.1 Variations selon le sexe, l'âge et le statut matrimonial .....	68
5.2.2 Variations selon le revenu et la scolarité .....	69
5.2.3 Variations selon le statut pondéral, la perception du poids et la concordance entre le poids perçu et le statut pondéral .....	70
5.2.3.1 Selon le statut pondéral et la perception du poids corporel.....	70
5.2.3.2 Selon la concordance entre le poids perçu et le poids réel.....	71
5.2.4 Variations selon les caractéristiques liées à l'état de santé .....	71
5.2.4.1 Selon la perception de son état de santé en général .....	71
5.2.4.2 Selon le niveau de détresse psychologique.....	71
5.2.4.3 Selon certaines maladies chroniques .....	72
5.2.5 Variations selon certaines habitudes de vie.....	72
5.2.5.1 Selon le statut tabagique.....	72
5.2.5.2 Selon l'activité physique de loisir .....	73

5.3	Facteurs associés aux actions entreprises au regard du poids corporel .....	73
5.3.1	Le sexe .....	74
5.3.2	L'âge .....	74
5.3.3	Le territoire de RLS de résidence .....	75
5.3.4	Le statut matrimonial .....	75
5.3.5	Le revenu .....	75
5.3.6	La scolarité .....	75
5.3.7	La détresse psychologique .....	76
5.3.8	Le statut pondéral .....	76
5.3.9	La concordance entre la perception de son poids et le statut pondéral réel .....	76
5.3.10	La présence de certaines maladies chroniques.....	77
5.3.11	Les habitudes de vie .....	77
Chapitre 6 : Discussion et éléments de réflexion pour l'action .....		87
6.1	Éléments généraux .....	87
6.2	Éléments de réflexion pour l'action .....	89
Références .....		93
Annexes .....		101



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Stratification de l'échantillon Enquête Santé Côte-Nord 2010.....	12
Tableau 2	Thèmes de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.....	13
Tableau 3	Classification du poids corporel chez les adultes de 18 ans et plus en fonction de l'indice de masse corporelle .....	23
Tableau 4A	Prévalence brute de l'embonpoint selon certaines caractéristiques socioéconomiques, d'état 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.....	36
Tableau 4B	Prévalence brute de l'obésité selon certaines caractéristiques socioéconomiques, d'état 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.....	37
Tableau 4C	Prévalence brute du surplus de poids selon certaines caractéristiques socioéconomiques, d'état 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.....	38
Tableau 5A	Rapports de cotes reliant l'obésité et certaines caractéristiques de la population nord-côtière, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	39
Tableau 5B	Rapports de cotes reliant le surplus de poids et certaines caractéristiques de la population nord-côtière, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	40
Tableau 5C	Synthèse des associations entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le poids corporel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	41
Tableau 6	Rapports de cotes reliant le statut pondéral et certaines habitudes de vie ainsi que certains états de santé autodéclarés selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	49
Tableau 7	Synthèse des associations entre le statut pondéral et différents aspects de l'état de santé autodéclaré ainsi que certaines habitudes de vie selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	50
Tableau 8	Perception à l'égard du poids corporel selon certaines caractéristiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	61
Tableau 9	Concordance entre le poids perçu et le statut pondéral autodéclaré selon certaines caractéristiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	62
Tableau 10	Rapports de cotes reliant la sous-estimation du poids corporel et certaines caractéristiques selon le sexe chez les personnes qui font de l'embonpoint, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	63
Tableau 11	Rapports de cotes reliant la sous-estimation du poids corporel et certaines caractéristiques selon le sexe chez les personnes obèses, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 ...	64

Tableau 12	Rapports de cotes reliant la sous-estimation du poids corporel et certaines caractéristiques selon le sexe chez les personnes en surplus de poids, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	65
Tableau 13	Synthèse des associations entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et la sous-estimation du poids corporel chez les personnes en embonpoint, obèses, en surplus de poids (embonpoint ou obèses) selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	66
Tableau 14	Action entreprise concernant son poids selon le sexe, l'âge et le statut matrimonial, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	79
Tableau 15	Action entreprise concernant son poids selon le revenu et la scolarité, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	80
Tableau 16	Action entreprise concernant son poids selon le statut pondéral, la perception du poids corporel et l'adéquation entre le poids perçu et le statut pondéral, population âgée de 18 ans, et plus, Côte-Nord, 2010 .....	81
Tableau 17	Action entreprise concernant son poids selon certaines caractéristiques liées à l'état de santé mentale ou physique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	82
Tableau 18	Action entreprise concernant son poids d'après certaines habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	83
Tableau 19	Rapports de cotes reliant les actions au regard du poids corporel à certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	84
Tableau 20	Rapports de cotes reliant les actions au regard du poids corporel à certaines caractéristiques d'état de santé et d'habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	85
Tableau 21	Synthèse des associations entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et les actions au regard du poids corporel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	86
Tableau 22	Rapports de cotes exprimant le risque d'être atteint de diabète selon le poids corporel et l'activité physique de loisir, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	92
Tableau 23	Rapports de cotes exprimant le risque d'être atteint d'hypertension artérielle selon le poids le poids corporel, et l'activité physique de loisir, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	92
Tableau A1	Prévalence brute de l'embonpoint selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes qui considèrent leur poids comme normal ou se voient comme trop maigres, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 .....	103
Tableau A2	Prévalence brute de l'obésité selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes qui considèrent leur poids comme normal ou se voient comme trop maigres, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 .....	104

Tableau A3	Prévalence brute du surplus de poids selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes qui considèrent leur poids comme normal ou se voient comme trop maigres, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 .....	105
Tableau A4	Non-réponse partielle aux principales variables sur le poids corporel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	105
Tableau A5	Calcul des marges d'erreur pour l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (population 18 ans et plus), simulation basée sur 3 600 répondants, échantillon stratifié non proportionnel (excluant la population vivant sur une réserve amérindienne) .....	106



## LISTE DES FIGURES

Figure 1A	Répartition du poids corporel selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	27
Figure 1B	Prévalence de l'embonpoint selon l'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	28
Figure 1C	Prévalence de l'obésité selon l'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	29
Figure 1D	Prévalence de l'excès de poids selon l'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	29
Figure 2	Prévalence de l'obésité selon le revenu du ménage, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	30
Figure 3A	Prévalence de l'obésité selon le niveau de scolarité et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	31
Figure 3B	Prévalence de l'excès de poids selon le niveau de scolarité et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	32
Figure 4	Prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes obèses et de poids normal, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	45
Figure 5	Prévalence de certaines habitudes de vie chez les personnes obèses et de poids normal, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	48
Figure 6	Perception du poids corporel selon l'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	53
Figure 7	Concordance du poids perçu avec le statut pondéral selon le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	55
Figure 8	Concordance du poids perçu avec le statut pondéral selon le revenu et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	57
Figure 9	Concordance du poids perçu avec le statut pondéral selon la scolarité et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010 .....	57



## PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS DE L'ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD 2010 AU REGARD DU STATUT PONDÉRAL

### 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 rejoints dans les sept territoires de RLS visés par l'enquête : Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier, Sept-Îles, Minganie, Basse-Côte-Nord et Hématite.
- Les entrevues téléphoniques ont été faites par la firme Léger Marketing entre le 3 mai et le 19 août 2011. Chaque CSSS a reçu, à l'automne 2012, un document rédigé par les analystes de la firme et qui présente les principaux résultats de son territoire. Ces rapports peuvent tous être consultés sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord.

### Répartition du poids corporel sur la Côte-Nord

- Selon les données de l'enquête, en 2010, environ 1,7 % des adultes nord-côtiers ont un poids insuffisant et 34 % se classent dans la catégorie « poids normal » (données non présentées). Par ailleurs, plus de quatre personnes sur dix font de l'embonpoint (42 %) et environ une sur cinq (22 %) est obèse. Par conséquent, plus de six Nord-Côtiers sur dix (64 %) ont un excès de poids, ce qui représente environ 43 400 personnes. Le nombre de personnes considérées comme obèses se chiffre approximativement à 15 100 personnes.
- Environ 76 % des résidents de la Basse-Côte-Nord présentent une surcharge pondérale (embonpoint ou obésité); cette proportion surpasse celle observée dans le reste de la région (63 %). L'excès de poids affecte davantage les femmes vivant sur ce territoire que les autres Nord-Côtières (70 % c. 52 %). Plus de huit hommes sur dix de la Basse-Côte-Nord (82 %) présentent un excès de poids en comparaison de 73 % pour le reste de la population masculine régionale. Cependant, l'écart entre ces deux proportions n'est pas statistiquement significatif.
- On enregistre aussi, en Basse-Côte-Nord, une proportion significativement supérieure de personnes atteintes d'obésité que le reste de la région (31 % c. 22 %). Cette situation découle d'une prévalence plus élevée dans la population féminine de ce territoire en comparaison des autres Nord-Côtières (35 % c. 20 %). Du côté des hommes, les données de l'enquête ne permettent pas de conclure à une différence significative entre la Basse-Côte-Nord (\*28 %) et le reste de la population masculine régionale (24 %).
- En proportion, l'obésité s'avère aussi plus fréquente dans le RLS de Port-Cartier qu'ailleurs sur la Côte-Nord (27 % c. 22 %). En revanche, le RLS de Manicouagan se démarque du reste de la Côte-Nord par une proportion significativement moindre de personnes obèses (19 % c. 24 %).

### Quelques caractéristiques associées au poids corporel

- 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 %).

- Pour l'obésité, à l'échelle des réseaux locaux, la différence entre les sexes ne s'avère pas significative, exception faite des territoires de RLS de Sept-Îles et de Caniapiscau où elle est aussi plus courante chez les hommes que chez les femmes (Sept-Îles : 27 % c. 17 %; Caniapiscau 29 % c. \*18 %). Un fait particulier à signaler : en Basse-Côte-Nord, le pourcentage de personnes obèses tend à être plus élevé chez les femmes (35 % c. \*28 %); l'écart observé n'est pas statistiquement significatif.
- Les prévalences de l'obésité et du surplus de poids se révèlent plus élevées chez les personnes les moins scolarisées. Parmi les personnes qui n'ont pas complété d'études secondaires, un peu plus d'une sur quatre est obèse (26 %) et près de sept sur dix affichent un excédent de poids (69 %). Inversement, les détenteurs d'un diplôme universitaire sont moins nombreux, en proportion, à faire de l'obésité (18 %) ou être en surplus de poids (54 %). Cette variation significative de l'obésité selon la scolarité s'observe aussi chez les femmes, mais non chez les hommes. Dans l'ensemble de la population, un modèle statistique (régression logistique), qui tient compte de l'influence conjointe de l'âge et du sexe, montre que les individus sans diplôme d'études secondaires sont presque deux fois plus susceptibles de faire de l'obésité que les détenteurs d'un diplôme universitaire.
- L'obésité s'avère plus courante chez les individus souffrant d'hypertension (31 %) en comparaison des Nord-Côtiens dont la tension artérielle est normale (20 %). Il en va de même pour les diabétiques par rapport aux non-diabétiques (44 % c. 20 %).
- Le lien entre l'obésité et ces deux maladies persiste quand on prend en compte les effets de l'âge et du sexe. Comparativement aux personnes qui ne font pas d'hypertension, la cote exprimant le risque de faire de l'obésité s'avère deux fois plus élevée chez celles qui ont reçu un diagnostic médical d'hypertension artérielle. Chez les diabétiques, cette cote est environ trois fois plus forte que celle des non-diabétiques.
- La prévalence de l'embonpoint chez les usagers quotidiens et occasionnels de la cigarette se compare, au plan statistique, à celle observée chez les non-fumeurs (40 % c. 42 %). L'obésité s'avère pour sa part plus fréquente chez les non-fumeurs que chez les fumeurs (24 % c. 18 %).
- Pour raffiner l'analyse, nous avons départagé les non-fumeurs pour distinguer ceux qui n'ont jamais fumé de ceux qui sont des ex-fumeurs récents ou anciens. Aussi, en raison du taux élevé de rechute dans l'année suivant une tentative d'arrêter de fumer, nous avons considéré comme « fumeur actuel » la personne qui avait arrêté de fumer depuis moins d'un an<sup>2</sup>. Après un ajustement pour tenir compte de l'âge et du sexe, la cote exprimant le risque de faire de l'obésité est plus faible chez les fumeurs actuels en comparaison de personnes qui n'ont jamais fumé la cigarette.
- Sur la Côte-Nord en 2010, l'obésité est plus courante chez les gens sédentaires (30 %) que chez les personnes actives (20 %). Même après la prise en compte de l'âge et du sexe, les personnes sédentaires demeurent plus susceptibles d'être obèses que les individus actifs.

### **Quelques caractéristiques de la santé physique associées au poids corporel**

- Toutes proportions gardées, l'asthme est plus répandu chez les personnes obèses (15 %) que parmi celles de poids normal (10 %). Dans un modèle non corrigé, l'analyse de régression logistique révèle que les Nord-Côtiens atteints d'obésité sont plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic d'asthme que ceux ayant un poids normal. Ce risque reste significativement plus élevé dans un modèle corrigé en fonction de l'âge, du sexe ainsi que dans un dernier modèle statistique qui intègre également l'activité physique de loisir et le statut au regard de l'usage de la cigarette.

---

2 La catégorie « ex-fumeur récent » comprend les personnes qui ont arrêté depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » réfère aux individus qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis au moins trois ans. Pour accroître la puissance de test statistiques, nous avons regroupé les ex-fumeurs récents et les anciens fumeurs en une catégorie : ex-fumeur récent/ancien fumeur.

- Plus du quart (28 %) des personnes obèses souffrent d'hypertension; cette proportion surpasse celle enregistrée chez les Nord-Côtiers présentant un poids normal (14 %). Lorsque les effets de l'âge et du sexe sont considérés, la cote exprimant le risque d'hypertension est environ deux fois et demie plus élevée chez les personnes obèses que chez celles ayant un poids normal. Des corrections supplémentaires pour la scolarité et l'activité physique de loisir n'ont pas atténué de manière significative la force de la relation entre l'obésité et l'hypertension.
- Le diabète est associé à l'obésité. En effet, cette maladie s'avère plus fréquente chez les personnes obèses (15 %) que chez les individus qui affichent un poids normal (3,9 %). Selon une première analyse de régression logistique, les Nord-Côtiers obèses sont largement plus sujets à faire du diabète que ceux qui ont un poids normal. Ce constat demeure valide lorsque l'on tient compte de l'influence de l'âge et du sexe. Une dernière correction pour inclure le statut tabagique et l'activité physique de loisir ne change pas ces résultats.
- Les données de l'enquête révèlent une association entre l'obésité et la perception de l'état de santé. Les personnes obèses sont plus susceptibles de percevoir leur état de santé comme passable ou mauvais (16 %) que les Nord-côtiers qui ont un poids normal (8 %). La cote qui exprime la probabilité que les personnes obèses évaluent négativement leur état de santé s'avère environ deux fois plus élevée que celle des individus de poids normal. Cette cote reste plus forte, même après un ajustement pour considérer les effets de l'âge, du sexe, dans un premier temps, puis de l'ajout du statut tabagique et de l'activité physique de loisir dans un second temps.

#### **Habitudes de vie chez les résidents nord-côtiers qui font de l'obésité**

- Nous avons déjà souligné que, dans l'ensemble de la population adulte, l'obésité s'avère moins fréquente chez les fumeurs quotidiens ou occasionnels que chez les non-fumeurs. Inversement, on compte proportionnellement moins d'usagers quotidiens ou occasionnels de cigarettes parmi les individus obèses que chez les résidents nord-côtiers de poids normal (20 % c. 29 %). Cette différence significative entre les personnes obèses et celles de poids normal s'observe autant du côté des femmes (18 % c. 26 %) que celui des hommes (22 % c. 35 %). La proportion de fumeurs parmi les femmes obèses ne diffère pas significativement de celle enregistrée chez les hommes (22 % c. 18 %).
- Dans l'ensemble de la population, un premier modèle de régression logistique ajusté pour l'âge et le sexe montre que les personnes obèses sont moins susceptibles de fumer la cigarette que les Nord-Côtiers qui ne le sont pas. Si l'on compare, cette fois, les individus obèses uniquement à ceux ayant un poids normal, le même phénomène se dégage : la cote qui exprime le risque qu'une personne fume la cigarette à tous les jours ou occasionnellement est plus faible dans la population obèse.
- La sédentarité durant les loisirs constitue une habitude plus répandue chez les individus obèses que ceux de poids normal (35 % c. 22 %), et ce, à la fois chez les hommes (33 % c. 22 %) et chez les femmes (38 % c. 23 %). Cette association significative se maintient dans les modèles statistiques après un ajustement selon l'âge, le sexe et l'usage du tabac. Bien que les hommes obèses tendent à être un peu moins sédentaires que les femmes (33 % c. 38 %), cet écart n'est pas significatif au plan statistique. Si l'on compare cette fois les personnes obèses à l'ensemble des autres Nord-Côtiers, il s'avère quand même que la sédentarité est davantage présente chez les gens obèses dans un modèle corrigé selon les mêmes caractéristiques, c'est-à-dire l'âge, le sexe et le statut au regard du tabagisme.

#### **Perception des résidents nord-côtiers au regard de leur poids corporel**

- Dans l'ensemble de la population, on remarque que près de 62 % des adultes nord-côtiers évaluent leur poids comme à peu près normal, 36 % estiment faire de l'embonpoint et un peu moins de 2 % se voient comme trop maigres. Comme la perception relative à l'embonpoint comprend aussi la catégorie « obèse », il n'est pas possible, dans l'ESCN 2010, d'estimer la proportion de personnes obèses qui se perçoivent comme telles.

- Sur la Côte-Nord, les données de l'enquête ne permettent pas d'identifier des écarts statistiques entre les hommes et les femmes quelle que soit la perception de leur poids. Il est possible cependant de dégager certaines observations. Les hommes tendent, un peu plus que les femmes, à considérer leur poids comme étant normal (64 % c. 61 %). Les individus qui jugent faire de l'embonpoint tendent à être légèrement moins nombreux chez les hommes (34 %) que chez les femmes (38 %). Pour leur part, environ \*2 % des hommes se considèrent comme étant trop maigres; cette proportion se compare à celle enregistrée au sein de la population féminine (\*1,5 %).
- S'estimer en embonpoint s'avère plus courant chez les résidents nord-côtiers âgés de 45 à 64 ans (41 %) en comparaison de l'ensemble des autres groupes d'âge. Les jeunes de 18 à 29 ans sont moins portés à affirmer faire de l'embonpoint (24 %) que les personnes de 30 ans et plus (38 %).
- Près des trois quarts des Nord-Côtiers âgés de 18 à 29 ans (74 %) estiment avoir un poids normal. Il s'agit d'une proportion plus élevée que celle observée chez les autres résidents de la région (60 %). Cette perception s'avère moins fréquente parmi les individus âgés de 45 à 64 ans (58 %) que dans le reste de la population (65 %).
- Les données de l'enquête font ressortir des associations significatives selon la présence de certaines maladies chroniques. Ainsi, on note que les personnes vivant avec le diabète sont proportionnellement plus nombreuses que les non-diabétiques à déclarer faire de l'embonpoint (51 % c. 35 %). Parallèlement, elles sont aussi moins sujettes à mentionner avoir un poids normal (47 % c. 64 %).
- Les individus qui font de l'hypertension artérielle montrent une plus forte propension à se percevoir en embonpoint que les gens qui n'en font pas (48 % c. 33 %). À l'opposé, ils sont moins susceptibles de penser que leur poids est normal (52 % c. 65 %). Le même constat prévaut autant chez les hommes (données non présentées).
- Un peu plus de six personnes sur dix dont le poids est insuffisant considèrent pourtant avoir un poids normal (65 %) tandis qu'environ \*24 % se perçoivent effectivement comme trop maigres. Chez les personnes dont le poids est normal, près de 91 % estiment avoir un poids normal; c'est le cas aussi de 91 % des hommes et de 92 % des femmes. Environ 6 % de la population régionale ayant un poids normal pensent quand même faire de l'embonpoint; les hommes ne se démarquent pas significativement des femmes à ce sujet (\*4,6 % c. 6 %). Ce résultat se situe à contrecourant de ceux observés dans plusieurs études où plusieurs personnes, surtout les femmes, dont le poids est pourtant normal croient quand même faire de l'embonpoint.
- Parmi les 42 % des résidents nord-côtiers qui font de l'embonpoint, près de 37 % se perçoivent comme tels et 62 % pensent avoir un poids normal. La proportion d'hommes en embonpoint qui s'évaluent comme tels est significativement moindre que celle observée chez les femmes (29 % c. 51 %). À l'inverse, ils sont davantage susceptibles que les femmes de croire avoir un poids normal (70 % c. 49 %). C'est donc dire qu'une large majorité d'hommes qui font de l'embonpoint ne le pensent pas.
- L'obésité touche, on l'a vu, un peu moins du quart des Nord-Côtiers (22 %). Or, la population obèse rapporte très majoritairement faire de l'embonpoint (82 %). Les données de l'enquête indiquent que, chez les personnes qui font de l'obésité, les Nord-Côtiers déclarent davantage que les hommes faire de l'embonpoint (88 % c. 77 %). Toujours chez les individus obèses, les femmes témoignent d'une plus faible propension à considérer avoir un poids normal que les hommes (12 % c. 23 %).

#### **Concordance entre le poids perçu et le poids corporel réel**

- Dans cette enquête, la sous-estimation du poids réfère à une situation où une personne ayant un poids normal croit être trop maigre ou lorsqu'un individu en embonpoint ou obèse juge son poids comme normal, voire insuffisant. Au contraire, une personne surestime son poids si elle dit faire de l'embonpoint, alors qu'elle a un poids normal, ou quand elle affirme être en embonpoint ou avoir un poids normal quand son statut

pondéral correspond à un poids insuffisant. Nous avons donc construit une variable à trois catégories relatives à la concordance entre le poids perçu et le statut pondéral : sous-estimation, surestimation, concordance.

- La sous-estimation du statut pondéral constitue un phénomène plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (42 % c. 19 %). Ils sont par contre proportionnellement moins nombreux que ces dernières à surestimer leur poids (\*1,7 % c. 5 %) ou à l'évaluer réalistement (57 % c. 76 %).
- Le fait de percevoir ou non adéquatement son poids corporel varie suivant le niveau de scolarité. Les Nord-Côtiers qui sous-estiment leur poids sont, en proportion, moins nombreux chez les détenteurs d'un diplôme universitaire, mais plus nombreux parmi ceux qui ont un diplôme d'études secondaires ou qui ne l'ont pas obtenu. En contrepartie, ceux qui ont complété des études universitaires sont davantage enclins à percevoir leur poids de manière réaliste. La relation significative détectée dans l'ensemble de la population nord-côtière s'explique par la situation observée chez les femmes, car du côté des hommes, on n'identifie pas de lien significatif avec la scolarité.
- Les hommes sous-estiment davantage leur poids que les femmes, et ce, quel que soit le niveau de scolarité. Pareillement, à tous les niveaux de scolarité, ils sont aussi beaucoup moins susceptibles de l'évaluer de manière réaliste.
- Des analyses multivariées, faites séparément pour les hommes et les femmes, permettent d'identifier des caractéristiques associées au risque accru ou moindre de sous-estimer son poids en tenant compte de la présence simultanée d'un ensemble d'autres caractéristiques.
- Ainsi, chez les personnes obèses, les personnes appartenant à l'un ou l'autre des groupes suivants sont significativement plus susceptibles de se percevoir moins pesants qu'ils ne le sont (les catégories de référence sont entre parenthèses) :
  - ✓ homme sans diplôme universitaire (détenteur d'un diplôme universitaire);
  - ✓ femme dont le revenu familial annuel est moins de 40 000 \$ (80 000 \$ et plus);
  - ✓ femme sans diplôme d'études secondaires (diplômée universitaire).
- Les individus obèses qui sont moins sujets à sous-estimer leur poids présentent l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :
  - ✓ homme peu actif (détenteur d'un diplôme universitaire);
  - ✓ femme avec hypertension artérielle (pas d'hypertension).
- Au sein de la population nord-côtière en embonpoint, les traits suivants s'avèrent significativement associés à un risque augmenté de sous-estimer son poids :
  - ✓ homme de 18 à 29 ans ou de 30 à 44 ans (65 ans et plus);
  - ✓ homme dont le revenu familial se situe entre 40 000 \$ et 60 000 \$ (80 000 \$ ou plus);
  - ✓ femme résidant dans les RLS de Caniapiscau ou de la Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord).
- Parmi les gens en embonpoint, les caractéristiques suivantes sont significativement liées à un risque plus faible de sous-estimer son poids :
  - ✓ homme ex-fumeur récent ou ancien fumeur (n'a jamais fumé);
  - ✓ homme peu actif (actif);
  - ✓ femme de 45 à 64 ans (65 ans et plus);
  - ✓ femme sédentaire (active).

- Il convient de préciser qu'il n'est pas nécessaire de présenter en même temps toutes ces caractéristiques pour avoir une probabilité accrue ou plus faible de sous-estimer son poids.

### **Actions entreprises au regard de leur poids corporel**

- Les résultats révèlent qu'environ 23 % des résidents nord-côtiers ont tenté de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête, 28 % ont essayé de le maintenir, 48 % n'ont rien durant cette période de référence de six mois. Les autres Nord-Côtiers, soit environ 2 % déclarent plutôt avoir essayé d'en gagner.
- Les données de l'enquête font ressortir des écarts significatifs entre les hommes et les femmes concernant les actions accomplies pour tenter de perdre du poids. Les hommes qui ont essayé de perdre du poids sont moins nombreux, en proportion, que les femmes (20 % c. 25 %). Cet écart significatif selon le sexe se vérifie uniquement chez les 18 à 29 ans. Dans les autres groupes d'âge, l'écart entre les sexes n'est pas significatif, mais suit la même tendance, sauf chez les individus âgés de 65 ans et plus. Parmi ces derniers, ce sont plutôt les hommes qui ont davantage tendance à avoir voulu perdre du poids. D'après les modèles de régression logistique, par rapport aux Nord-Côtières, la population masculine régionale demeure moins sujette d'avoir posé des gestes en vue de réduire son poids.
- En contrepartie, les personnes qui n'ont rien tenté de spécifique sont proportionnellement plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes (52 % c. 44 %). Cette propension significativement plus forte des hommes à n'avoir pas tenté quelque chose au regard de son poids demeure significative selon les modèles statistiques multivariés.
- En excluant la catégorie composée des gens ayant un poids insuffisant, la proportion de gens qui rapportent avoir tenté de perdre du poids augmente avec la croissance de l'IMC, et ce, autant dans la population en général, que chez les hommes et les femmes. La proportion de personnes qui ont entrepris d'abaisser leur poids passe de 12 % chez ceux qui ont un poids normal, à 20 % chez les individus qui font de l'embonpoint et à 44 % des personnes obèses. Les analyses multivariées confirment que les actions entreprises concernant le poids sont associées au statut pondéral. Par exemple, en regard des personnes affichant un poids normal, la cote exprimant la probabilité d'avoir essayé de réduire son poids s'avère significativement plus élevée chez les personnes en embonpoint et bien plus forte encore chez les individus obèses.
- Le fait de n'avoir rien tenté concernant son poids se veut aussi un comportement significativement lié au statut pondéral. Par exemple, les gens obèses sont moins susceptibles de n'avoir rien fait (31 %) que les autres résidents nord-côtiers. D'après les modèles de régression logistique, les personnes qui font de l'embonpoint sont moins susceptibles de n'avoir rien essayé que celles de poids normal. Le même phénomène s'observe également pour les personnes obèses.
- Parmi les individus se percevant en embonpoint, un peu plus de quatre sur dix (43 %) ont essayé de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête. Cette action s'avère plus fréquente chez ces derniers que chez les personnes qui évaluent leur poids comme normal (11 %). Le même constat prévaut pour les deux sexes. Chez les personnes qui estiment avoir un surplus de poids, on ne dénote pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les tentatives de perdre du poids (42 % c. 44 %). En revanche, au sein de la population percevant son poids comme normal, les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes avoir entrepris de perdre du poids (14 % c. 9 %).
- On constate un lien significatif entre le fait d'avoir posé ou non des gestes concrets à l'égard de son poids et l'adéquation entre son poids réel et la vision qu'on en a. Ainsi, dans l'ensemble de la population régionale, avoir tenté de perdre du poids s'avère moins fréquent lorsque l'on sous-estime son statut pondéral (12 %) que lorsqu'on se perçoit en conformité avec son poids réel (concordance : 28 %). La même remarque vaut pour les hommes (10 % c. 28 %) et les femmes (17 % c. 27 %). Des analyses multivariées, tenant compte de l'âge, du sexe, du revenu, du niveau de scolarité et de la perception de l'état de santé en général confirment que la

population nord-côtière qui sous-estime son poids est moins susceptible d'avoir essayé d'en perdre que celle qui en a une perception réaliste.

- L'inaction au regard de son poids varie aussi avec le degré de concordance entre le poids perçu et le statut pondéral. Ce choix s'avère plus courant parmi ceux qui sous-estiment leur poids (55 %) que chez ceux qui en ont une perception conforme à leur IMC (45 %). Ce lien significatif s'observe chez les hommes (59 % c. 47 %), mais pas chez les femmes (45 % c. 43 %). Dans l'ensemble de la population, les analyses de régression logistiques confirment que l'inaction est un comportement plus susceptible d'être adopté par les individus qui sous-estiment leur poids que par ceux qui s'évaluent correctement.
- Selon les résultats recueillis, en proportion, les sédentaires se révèlent moins susceptibles d'avoir essayé de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête (12 %) que le reste de la population nord-côtière (25 %). Ce lien significatif s'observe autant chez les hommes que chez les femmes. L'inaction est plus répandue parmi la population sédentaire (67 %) et moins fréquente parmi les individus moyennement actifs (40 %) ou actifs (43 %). Ce constat s'observe aussi chez les hommes et les femmes.
- La propension plus faible des sédentaires à entreprendre des actions pour abaisser leur poids ou le contrôler est confirmée par les analyses de régression logistique. Ils sont aussi plus sujets à n'avoir rien fait que les individus actifs, même après correction pour l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité et la perception de son état de santé dans un premier temps, et le statut pondéral dans un second temps.
- En résumé, l'une ou l'autre des caractéristiques significativement associées à une probabilité accrue d'avoir tenté de perdre du poids (catégories de référence entre parenthèses) sont :
  - ✓ surestimation du poids (concordance);
  - ✓ groupes d'âge de moins de 65 ans (65 ans et plus);
  - ✓ marié(e) ou union de fait (séparé(e)/divorcé(e) ou veuf(ve));
  - ✓ célibataire et jamais marié(e) (séparé(e)/divorcé(e) ou veuf(ve));
  - ✓ embonpoint ou obèse (poids normal);
  - ✓ hypertension (pas d'hypertension);
  - ✓ diabète (pas de diabète);
  - ✓ ex-fumeur récent ou ancien fumeur (personne n'ayant jamais fumé).
- Les caractéristiques significativement associées à une probabilité moindre (catégories de référence entre parenthèses) d'avoir essayé d'abaisser son poids sont :
  - ✓ sous-estimation du poids (concordance);
  - ✓ homme en embonpoint ou obèse qui sous-estime son poids (concordance);
  - ✓ femme en embonpoint qui sous-estime son poids (concordance);
  - ✓ homme (femme);
  - ✓ RLS de la Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord);
  - ✓ fumeur actuel (personne n'ayant jamais fumé);
  - ✓ sédentaire (actif);
  - ✓ peu actif (actif).



## CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE

### 1.1 CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN 2010) s'inscrit dans le cadre d'un processus continu de surveillance de l'état de santé de la population et dans la continuité des trois enquêtes de santé réalisées dans la région en 1995, 2000 et 2005. La surveillance de l'état de santé de la population est l'une des fonctions attribuées au directeur de santé publique par la Loi sur la santé publique.

Par ailleurs, la fonction de surveillance est régie par un plan commun de surveillance depuis 2005 en vertu de la Loi sur la santé publique. Ce plan demande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à chaque région du Québec de suivre une gamme d'indicateurs touchant diverses facettes de la santé et du bien-être, ainsi que leurs déterminants. Mentionnons, entre autres, les habitudes de vie telles que l'usage du tabac, la pratique d'activité physique, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires, etc.

L'ESCN 2010 constitue un autre moyen de répondre à une ou plusieurs des finalités de la fonction de surveillance. Il existe des enquêtes générales de santé réalisées à l'échelle régionale par d'autres organismes. On pense, par exemple, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Toutefois, cette enquête est représentative de l'ensemble de la Côte-Nord seulement. Aucune information n'est disponible à l'échelle des territoires de RLS. Pareillement, les données nord-côtières de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP) ne peuvent pas être inférées aux territoires locaux. Au contraire, l'ESCN 2010 a permis de recueillir des renseignements sur l'état de santé et de bien-être de la population de la région et de celle des réseaux locaux de services (sauf le RLS de Kawawachikamach). Elle a aussi servi à obtenir des données sur quelques-uns des principaux déterminants pouvant possiblement être associés à l'état de santé et de bien-être de la population régionale.

### 1.2 OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'ESCN 2010 vise, entre autres, à :

- soutenir les programmes de surveillance en santé en produisant des données sur la santé à l'échelle régionale et infrarégionale;
- offrir une source unique de renseignements pour la recherche sur la santé des populations des RLS et de celle de l'ensemble de la région;
- obtenir de l'information sur des problèmes en émergence liés à la santé de la population;
- diffuser de l'information aux gestionnaires, professionnels et intervenants du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux, aux divers partenaires du réseau, à la population en général, etc.

Comme objectifs secondaires, l'ESCN 2010 a pour but de :

- documenter des thèmes ou des problématiques non couvertes ou qui le sont insuffisamment à l'échelle régionale par les grandes enquêtes fédérales et provinciales de santé;
- identifier les domaines ou les groupes prioritaires d'intervention;
- aider les décideurs et les professionnels régionaux et locaux à mieux cerner les besoins de la population;
- soutenir la planification des actions et des ressources en santé publique (notamment en prévention) ou dans les autres sphères d'activités du domaine de la santé et des services sociaux;
- vérifier si certains des objectifs du Programme national de santé publique 2003-2012 seront atteints ou non.

Comme l'exige la Loi sur la santé publique, le projet d'Enquête Santé Côte-Nord a été présenté en 2010 au Comité d'éthique de santé publique du Québec (Institut national de santé publique du Québec) qui a émis un avis favorable en janvier 2011<sup>3</sup>.

### **1.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Tout au long du déroulement du projet, une attention particulière a été portée au respect de diverses considérations éthiques qui ont été expliquées dans le projet présenté au Comité d'éthique de santé publique du Québec. On pense, entre autres, à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, au consentement libre et éclairé des répondants, à la formulation des questions (clarté), à l'ordonnancement de certaines questions dans l'instrument d'enquête pour éviter tout biais potentiel pouvant orienter la réponse d'une personne. Au nombre des considérations éthiques, mentionnons aussi le souci d'être à l'affût de toute manifestation d'un malaise ou d'un inconfort quelconques que pouvaient susciter certaines questions et de prévoir des mesures en conséquence, sans juger a priori des thèmes qui pourraient engendrer de tels malaises.

### **1.4 COMITÉ SCIENTIFIQUE**

Un comité scientifique dirigé par le directeur de santé publique de la Côte-Nord a été mis sur pied pour orienter l'enquête et chapeauter chacune des étapes du processus. En plus du directeur de santé publique, ce comité comprenait la chef de service en surveillance et évaluation à la Direction de santé publique et le responsable principal du projet ESCN 2010, ainsi que deux membres désignés par le Comité de concertation régional de santé publique (CCR). Plus précisément, il avait pour mandat de :

- entériner la méthodologie proposée par le responsable principal du projet (population cible, base de sondage, méthode d'échantillonnage, etc.);
- sélectionner les thèmes;
- juger la pertinence et la justification des questions soumises;
- vérifier les biais possibles reliés à la formulation des questions;
- établir l'ordre de priorité des éléments proposés;
- approuver la version finale de l'instrument d'enquête;
- approuver les plans d'analyse des résultats.

### **1.5 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE ET STRATÉGIE DE COLLECTE**

#### **1.5.1 Population cible**

La population ciblée par l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 est l'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 inférés aux autochtones nord-côtiers habitant dans les réserves. Cette particularité de l'échantillon peut produire une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé à l'étude. Les autochtones vivant hors réserve font, par contre, partie de la population cible.

#### **1.5.2 Base de sondage et méthode de sélection**

La base de sondage a été construite par la génération aléatoire de numéros de téléphone en fonction des circonscriptions téléphoniques en usage sur la Côte-Nord afin de former un ensemble de banques valides de numéros. Une banque correspond aux huit premiers chiffres du numéro de téléphone incluant l'indicatif régional. Par conséquent, une banque comprend 100 numéros (de 00 à 99). Une banque valide a au moins un numéro résidentiel listé dans un répertoire téléphonique. Si une banque ne contient aucun numéro résidentiel, elle est

---

3. Disponible sur Internet : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1211\\_ProjetEnqueteSanteCoteNord2010.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1211_ProjetEnqueteSanteCoteNord2010.pdf).

considérée comme invalide et n'est donc pas incluse dans la base de sondage. Pour diverses considérations, notamment sur le plan éthique, les ménages qui ne possédaient pas de ligne téléphonique fixe, mais uniquement un ou plusieurs téléphones cellulaires, n'étaient pas admissibles.

Au total, 12 193 numéros de téléphone ont été générés pour l'ensemble de la Côte-Nord. De ce nombre, 1 880 étaient invalides, soit qu'ils étaient hors service, ne correspondaient pas à un numéro résidentiel, étaient un doublon (généralisé deux fois) ou étaient attribués à un télécopieur/modem/cellulaire/téléavertisseur. Dans ce dernier cas, on dénombrait 184 numéros sur les 12 193 générés, soit 1,5 % de l'ensemble.

La sélection de l'échantillon repose sur un plan de sondage à deux degrés avec répartition non proportionnelle entre les strates (les territoires) au premier degré. En d'autres termes, le nombre de numéros par territoire de RLS n'est pas proportionnel à la taille de sa population adulte en regard de l'ensemble de la population nord-côtière ciblée par l'enquête. Cette répartition non proportionnelle était nécessaire pour pouvoir obtenir des statistiques fiables par territoire de RLS pour la plupart des indicateurs. Au premier degré du plan d'échantillonnage, un numéro de téléphone a été généré de manière aléatoire pour joindre un ménage potentiel. Pour chaque numéro généré, l'intervieweur de la firme devait s'assurer, à l'aide d'une question prédéfinie, qu'il s'agissait bien d'un ménage privé admissible. Au deuxième degré, une personne a été, à son tour, choisie au hasard parmi tous les résidents de ce ménage âgés de 18 ans et plus. S'il n'y avait aucun adulte, le ménage était considéré inéligible. Aucune substitution de répondants n'était permise. En d'autres termes, une personne sélectionnée aléatoirement ne pouvait pas, en aucun temps et pour quelque raison que ce soit, être remplacée par un autre membre du même ménage, et ce, afin de respecter le caractère aléatoire de la constitution de l'échantillon. Des instructions précises ont été données à la firme de sondage en ce sens. Soulignons que toutes les personnes adultes d'un ménage sélectionné avaient la même probabilité de répondre à l'enquête sauf, évidemment, celles appartenant à l'échantillon supplémentaire de diabétiques.

À cet égard, une méthodologie spécifique a été élaborée par la firme Léger Marketing<sup>4</sup> pour constituer un échantillonnage supplémentaire de 118 personnes diabétiques dans les ménages où le répondant initial n'était pas lui-même diabétique. Les répondants non diabétiques ont répondu à une question à la fin de la section sur les maladies chroniques pour vérifier si d'autres personnes adultes du ménage vivaient avec le diabète. Dans l'affirmative, le répondant était invité à spécifier le nombre de personnes concernées. Une procédure de sélection aléatoire était alors utilisée et l'intervieweur devait demander s'il était possible de lui parler à la fin de l'entretien. Une entrevue complétée auprès de cette personne était alors versée dans l'échantillon supplémentaire.

Il n'a pas été envisagé d'interroger d'autres personnes diabétiques dans un ménage où le répondant initial vivait avec cette maladie chronique. Ce choix s'explique par le fait que nous voulions éviter de se retrouver avec un échantillonnage en grappes car, dans ces situations, les calculs des variances des estimations deviennent beaucoup plus complexes. Le nombre total de répondants diabétiques requis (environ 425) a été déterminé pour permettre des analyses régionales, par groupe d'âge ou sexe, et selon certaines caractéristiques : état de santé physique et psychosociale, habitudes de vie, présence d'autres maladies chroniques, soins et services reçus au regard du diabète. La taille de l'échantillon régional de personnes diabétiques ne permet généralement pas d'analyses plus poussées dans tous les territoires de RLS.

Une fois que le nombre initialement prévu de répondants à l'enquête a été atteint (3 600), il manquait un certain nombre d'entrevues pour obtenir le nombre attendu de répondants diabétiques. Des ménages supplémentaires ont alors été sélectionnés au hasard suivant la procédure décrite plus haut. Si le ménage ne comptait qu'une seule personne diabétique adulte, cette dernière était alors invitée à participer à l'enquête. Une sélection aléatoire a été faite dans les cas où le ménage contacté comprenait aux moins deux adultes diabétiques. Le ménage était considéré comme inéligible si aucun adulte diabétique n'y vivait. Les diabétiques de l'échantillon supplémentaire ont été invités à répondre à un sous-ensemble de questions provenant du questionnaire adressé à la population générale.

---

4. Cette firme a été sélectionnée pour réaliser le sondage à la suite d'un appel d'offres public.

### 1.5.3 Taille d'échantillon

Le professionnel de la Direction de santé publique en charge du projet a déterminé la taille de l'échantillon nécessaire à l'obtention de statistiques comportant un niveau de précision acceptable pour chacun des territoires de RLS de l'époque. Le nombre attendu de répondants par RLS a été fixé selon la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels observée chez les 18 à 74 ans dans l'édition 2005 de l'Enquête Santé Côte-Nord. Le scénario proposé (tableau A5 en annexe) a été entériné par la firme Léger Marketing.

Le tableau suivant présente la répartition de l'échantillon.

**Tableau 1 Stratification de l'échantillon Enquête Santé Côte-Nord 2010**

RLS	Entrevue visée	Entrevue complétée	Échantillon supplémentaire de diabétiques	Total
Haute-Côte-Nord	520	571	21	592
Manicouagan	600	650	21	671
Port-Cartier	500	526	22	548
Sept-Îles	590	619	8	627
Caniapiscau	450	330	16	346
Minganie	480	560	27	587
Basse-Côte-Nord	460	344	3	347
Total	3 600	3 600	118	3 718

### 1.5.4 Méthode de collecte

#### 1.5.4.1 Stratégie de collecte

La période de collecte de données s'est étendue du 3 mai 2011 au 19 août 2011. Afin de maximiser les taux de réponse, jusqu'à 10 rappels pouvaient être faits à des heures et à des journées différentes pour joindre un ménage qui ne l'a pas été lors du premier appel. En cas de refus circonstanciel seulement, des intervieweurs spécialisés dans la récupération des refus ont tenté de contacter les personnes concernées afin de les convaincre de participer à l'enquête. Pour des considérations éthiques, aucune relance n'a été faite en cas de refus ferme et définitif, manifesté lors du premier appel. La durée moyenne des entrevues téléphoniques fut de 26 minutes. Les entrevues téléphoniques étaient assistées par ordinateur.

Avant le début de l'enquête, des communiqués de presse ont été transmis aux médias locaux. Le but poursuivi était d'informer la population nord-côtière de la tenue d'une enquête sur la santé, de faire connaître les raisons justifiant ce sondage et d'inviter les gens à y répondre s'ils étaient contactés. Une page Web, au format questions-réponses, a été déposée sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord afin de fournir des informations plus complètes aux personnes désireuses d'en apprendre davantage sur la nature de l'enquête.

Afin de s'assurer d'obtenir le consentement éclairé des personnes invitées à participer à l'enquête, les intervieweurs, après s'être présentés et avoir mentionné le nom de la firme Léger Marketing, devaient mentionner explicitement, en début d'entrevue, que la participation était libre et volontaire, mais très importante. Ils devaient aussi mentionner clairement que l'enquête était réalisée pour le compte de la Direction de santé publique de la Côte-Nord. Les intervieweurs devaient aussi être attentifs aux hésitations des personnes. Ces dernières avaient la possibilité d'interrompre l'entrevue en tout temps. Par ailleurs, des garanties étaient données aux répondants pour assurer leur anonymat ainsi que le caractère confidentiel des données recueillies.

Dans le tableau précédent, on peut constater que deux RLS, soit Caniapiscau et Basse-Côte-Nord, ont un nombre inférieur d'entrevues complétées à celui visé. Malgré l'intensité des efforts consentis par la firme Léger Marketing, il a été impossible d'y compléter le nombre prévu d'entrevues. Il est fort plausible que l'une des raisons expliquant cette situation est le fait que la collecte de données s'est déroulée durant la période estivale de 2011. Le 4 août 2011, le nombre attendu de répondants était atteint, ou même dépassé, dans deux territoires de RLS. Dans trois autres RLS, les quotas n'étaient pas encore atteints. Nous avons donc convenu, avec Léger Marketing, qu'une fois complété le nombre anticipé d'entrevues dans ces trois territoires, les entrevues à réaliser pour avoir 3 600 répondants seraient réparties entre les RLS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, de Port-Cartier et de Sept-Îles au prorata de leur population adulte respective.

Léger Marketing a transmis les rapports sommaires finaux de l'enquête à l'automne 2012. Un premier rapport porte sur les résultats régionaux. Les sept autres présentent les principales données de chacun des territoires de RLS. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord.

#### 1.5.4.2 Instrument d'enquête

Le questionnaire a été conçu par le responsable du projet à la Direction de santé publique de la Côte-Nord en collaboration avec d'autres professionnels de la direction et des autres directions de l'Agence. Léger Marketing a procédé à une vérification du questionnaire et à sa traduction anglaise. Cependant, cette firme devait obligatoirement utiliser la version anglaise déjà validée des questions empruntées telles quelles à d'autres enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes par exemple.

Un prétest a été effectué auprès de 14 répondants (dix entrevues complètes en français et quatre entrevues complètes en anglais) du 21 avril au 1<sup>er</sup> mai 2011. La version finale du questionnaire tient compte des corrections mineures apportées à la suite du prétest. Ces appels téléphoniques n'ont pas été inclus dans l'échantillon final et ne sont donc pas pris en compte dans le calcul du taux de réponse de l'enquête.

Le questionnaire comprend 161 questions réparties en huit sections ou thèmes : l'état de santé en général, les habitudes de vie et les comportements préventifs, les problèmes de santé chroniques, la santé environnementale, la santé au travail, la violence conjugale, les agressions sexuelles et les informations sociodémographiques. Le tableau suivant fait état des thèmes abordés.

**Tableau 2 Thèmes de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010**

Module	Thème
Renseignements généraux	Âge, sexe, nombre d'enfants de 5 ans et moins à la maison, nombre d'enfants de 6 à 17 ans à la maison, occupation principale au cours des 12 derniers mois.
Santé générale (physique et mentale)	État de santé physique et mentale autorapporté, satisfaction avec la vie en général, stress quotidien perçu, détresse psychologique (échelle de Kessler – K6), grossesse chez les femmes de 18 à 49 ans, poids et image corporelle.
Habitudes de vie et comportements préventifs	Alimentation, activité physique de loisir, tabagisme, consommation d'alcool, jeux de hasard, allaitement maternel, utilisation de certains soins de santé et comportements préventifs.
Problèmes de santé chroniques diagnostiqués	Cancer, asthme, hypertension, bronchite chronique et emphysème, maladie cardiaque, diabète, soins et services aux personnes diabétiques par des professionnels de la santé, soins et services aux personnes diabétiques donnés par d'autres personnes.
Santé environnementale	Préoccupation au regard de l'environnement, l'exposition à la fumée secondaire, l'eau (consommation et traitement), la ventilation de la résidence.
Santé au travail	Préoccupation de la santé des travailleurs dans le milieu de travail, facteurs psychosociaux du travail, perception du stress quotidien au travail.

Module	Thème
Violence conjugale	Perception de la population, connaissance des services offerts.
Agressions sexuelles	Connaissance de la population au regard des services offerts, motifs perçus de l'absence de recours aux services d'aide, perception relative à la dénonciation des agressions à la police.
Autres renseignements sociodémographiques	Intention de quitter la Côte-Nord dans les cinq années suivant l'enquête, originaire ou non de la Côte-Nord, nombre d'années de résidence sur la Côte-Nord de la population provenant de l'extérieur de la région, composition du ménage, statut matrimonial légal, appartenance à au moins un groupe autochtone (identité autochtone), revenu, plus haut niveau de scolarité complété, utilisation d'Internet à la maison.

Les répondants n'avaient pas nécessairement à se prononcer sur chacune des questions. Le nombre variait en fonction de caractéristiques faisant en sorte que certaines questions n'étaient pas pertinentes pour certaines personnes (sexe, âge, présence ou non de certains problèmes de santé, habitudes de vie, etc.).

#### 1.5.4.3 Taux de réponse

Le taux de réponse global obtenu dans le cadre de cette étude est de 44 %, tandis que les taux de réponse par RLS varient de 37 % (Minganie et Basse-Côte-Nord) à 53 % (Haute-Côte-Nord). En 2005, le taux de réponse régional se situait à 67 %. Dans le contexte d'une baisse généralisée des taux de réponse aux sondages téléphoniques au cours des dernières années, peu importe la nature des enquêtes, la firme Léger Marketing qualifie « d'excellent » celui observé pour l'ESCN 2010. Pour la firme, cette diminution généralisée s'explique notamment par la prolifération des appels de télémarketing qui ont amené une « fatigue des sondages » au sein de la population québécoise. En outre, la multiplication des moyens de communication a rendu la ligne téléphonique fixe moins importante pour une part grandissante de la population. Enfin, la tenue du sondage en période estivale a engendré une contrainte supplémentaire pour joindre les gens à la maison en raison des vacances et autres activités extérieures. En 2005, la période de collecte des données s'était déroulée à l'automne, soit du 27 septembre au 27 novembre.

#### 1.5.4.4 Validation

Comme les entrevues téléphoniques étaient assistées par ordinateur, le processus de validation des données s'en trouve facilité. La grande majorité des questions de l'ESCN 2010 sont à choix fermé et les réponses sont déjà associées à un code. L'intervieweur n'avait alors qu'à cocher la réponse et le code correspondant était automatiquement généré, ce qui limitait les erreurs de saisie. Ces logiciels permettent aussi de programmer des instructions pour maximiser la cohérence du questionnaire, notamment au regard des sauts logiques selon des réponses données à des questions filtres. Ainsi, on s'est assuré de ne pas poser aux répondants des questions qui ne leur étaient pas destinées. À titre d'exemple, une personne qui a indiqué ne pas fumer n'a pas eu à répondre à la plupart des questions sur le tabagisme.

Une validation du fichier de données de l'enquête par l'auteur de ce document a permis de détecter un nombre très minime d'anomalies en lien avec deux ou trois indices en santé au travail chez quelques répondants. Ces anomalies s'expliquent par le fait que le code « 0 », au lieu d'une valeur manquante, a été parfois automatiquement attribué à certains des répondants qui n'avaient pas à se prononcer sur les questions touchant la santé au travail. Comme le « 0 » représente une valeur valide entrant dans la construction de ces indices, Léger Marketing a promptement remplacé ces codes erronés par une valeur manquante dans le fichier final de données. Aucun autre problème particulier n'a été détecté.

## 1.5.5 Précision des estimations

### 1.5.5.1 Erreurs dues à l'échantillonnage

Comme à la très grande majorité des enquêtes par sondage, les estimations provenant de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 ne constituent pas des valeurs exactes. Elles sont inéluctablement entachées d'erreurs, dites d'échantillonnage, qui proviennent du fait qu'une partie seulement de la population nord-côtière a été sélectionnée pour participer à l'enquête. En fait, l'erreur d'échantillonnage peut être comprise comme l'écart entre une estimation provenant d'un échantillon et celle qu'aurait donné un recensement complet de la population visée par l'enquête avec le même questionnaire et les mêmes méthodes de collecte de données. Cet écart dépend de plusieurs facteurs dont la taille de l'échantillon et la nature du plan de sondage de cette enquête. L'allocation non proportionnelle de l'échantillon entre les strates (territoires de RLS) engendre une influence notable sur la précision des estimations. Ne pas tenir compte de l'effet du plan de sondage risquerait de conduire à des conclusions incorrectes lors des tests statistiques. En d'autres termes, on risquerait de conclure trop souvent à des différences significatives, qui ne le sont pas réellement au sein de la population, parce que l'on sous-estime alors la variance des estimations.

L'effet de plan régional nous renseigne sur le gain ou la perte de précision du plan de sondage choisi pour l'ESCN 2010 comparativement à la précision qu'aurait donné un échantillon aléatoire simple de même taille. Cet effet de plan se chiffre à 1,38. Compte tenu de cet effet de plan, la marge d'erreur globale pour l'ensemble de la Côte-Nord s'établit à 1,89 %, 19 fois sur 20. Elle correspond à ce qu'aurait donné un échantillon aléatoire simple de 2 685 répondants, alors que la taille totale réelle de l'échantillon régional se chiffre à 3 718. Il est important de noter que l'effet de plan n'a pas d'impact sur la valeur des proportions ou sur d'autres estimations comme la moyenne.

Pour les RLS, la firme Léger Marketing a calculé les marges d'erreur suivantes :

RLS de la Haute-Côte-Nord :	4,0 %;
RLS de Manicouagan :	3,8 %;
RLS de Port-Cartier :	4,2 %;
RLS de Sept-Îles :	3,9 %;
RLS de Caniapiscau :	5,3 %;
RLS de la Minganie :	4,0 %;
RLS de la Basse-Côte-Nord :	5,3 %.

Dans cette étude, la précision des estimations est évaluée à l'aide du coefficient de variation (c.v.). Il s'agit d'une mesure relative exprimée en pourcentage, calculée en faisant le rapport de l'erreur-type de l'estimation sur l'estimation elle-même. Plus le coefficient est faible, plus la mesure est précise et vice versa. Dans les tableaux et figures, les estimations accompagnées d'un astérisque (\*) témoignent d'une relative imprécision et doivent donc être interprétées avec prudence. Leur coefficient de variation est supérieur à 16,66 %, mais égal ou inférieur à 33,33 %. Un coefficient de variation supérieur à 33,33 % indique que l'estimation n'est pas fiable au plan statistique et est accompagnée d'un double astérisque « \*\* ». Elle n'est alors présentée qu'à titre indicatif seulement.

Dans les figures, l'erreur d'estimation est aussi illustrée par une barre verticale **I**. Dans cette enquête, il s'agit d'un intervalle de confiance qui représente une étendue de valeurs ayant 19 chances sur 20 d'inclure la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à déterminer dans la population visée par l'enquête. Exprimé autrement, si on refaisait la même enquête un très grand nombre de fois avec un échantillon de même taille, 19 intervalles de confiance sur 20 contiendraient la valeur réelle du paramètre. Pour un même niveau de confiance, un intervalle est d'autant plus étroit qu'une estimation est précise. De larges intervalles de confiance témoignent d'une plus grande imprécision ou variabilité de l'estimation. Les intervalles illustrent donc que les données provenant d'un échantillon ne sont pas des valeurs « exactes ».

Les statistiques ont été générées à l'aide de nombreux programmes informatiques écrits par l'auteur de ce rapport. Le logiciel utilisé, IBM SPSS Complex Samples (version 19.0), tient compte de la complexité du plan de sondage. Par conséquent, il permet de calculer correctement l'erreur d'échantillonnage (erreur-type) et l'intervalle des estimations selon le niveau de confiance désiré. Ce logiciel fournit donc les valeurs adéquates des coefficients de variation. Le fichier \*.csplan, servant à définir le plan de sondage et que l'on doit obligatoirement utiliser dans tous les traitements statistiques, a été défini par la firme Léger Marketing. Les spécifications prennent aussi en compte la correction pour populations finies puisque, dans certains territoires, le nombre de personnes échantillonnées représente une proportion assez importante de la population totale ciblée par l'enquête.

#### *1.5.5.2 Erreurs non dues à l'échantillonnage*

Un autre type d'erreur, plus difficile à mesurer, se produit généralement dans toute enquête statistique. Ces erreurs, non dues à l'échantillonnage comme tel, proviennent d'autres sources : le faible taux de réponse, la formulation des questions qui peut faire en sorte que certains répondants éprouvent de la difficulté à en comprendre le sens, la difficulté de se rappeler des événements passés, le phénomène de la désirabilité sociale qui peut amener des personnes à répondre en fonction de ce qui est « socialement bien vu » plutôt que selon leur situation réelle. Toutes les précautions ont été prises pour atténuer ce type d'erreur. On pense, par exemple, à des mesures d'assurance de la qualité aux diverses étapes de l'enquête : observation sur place du travail des intervieweurs au tout début de la collecte de données en vue de cerner immédiatement d'éventuels problèmes dans la passation du questionnaire (notamment au regard de la compréhension des instructions), contrôle de la cohérence des informations saisies, vérification rigoureuse des sauts logiques du questionnaire afin de s'assurer que seules les personnes admissibles répondent à des blocs de questions spécifiques, etc.

#### 1.5.6 Traitement des données

##### *1.5.6.1 Pondération*

Afin de rendre l'échantillon représentatif de la population et de pouvoir inférer les résultats à l'ensemble de la population adulte ciblée par l'ESCN 2010, les données brutes ont été pondérées d'abord selon la probabilité de sélection du répondant dans un ménage et, dans un second temps, en fonction de la distribution de la population nord-côtière selon la taille réelle de la population totale (excluant les réserves autochtones), la strate (sept territoires de RLS), le groupe d'âge (cinq groupes) et le sexe du répondant. Le poids associé à un répondant est donc le nombre de personnes qu'il représente au sein de la population, incluant lui-même bien entendu. Ainsi, on s'assure que la somme des poids de tous les répondants correspond bien aux effectifs totaux de cette population. Pour la pondération seulement, Léger Marketing a attribué la valeur par défaut « 65 ans et plus » aux répondants ayant préféré ne pas indiquer leur âge. Cette procédure n'a touché que 26 répondants. La pondération tient aussi compte du type de municipalité (urbaine ou rurale) afin de permettre d'éventuelles analyses régionales sous cet angle. Pour cet exercice, les municipalités de 5 000 habitants et plus (Baie-Comeau, Sept-Îles et Port-Cartier) sont considérées comme urbaines. Toutes les autres sont regroupées dans la catégorie rurale. Cette classification est faite indépendamment du statut juridique officiel des municipalités.

Les données utilisées pour la pondération reposent sur les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Ces projections ont été faites pour le MSSS à partir des données corrigées du Recensement de 2006. Les effectifs de population sont ceux du 1<sup>er</sup> juillet 2010. Toutes les informations requises pour la pondération initiale ont été fournies à la firme Léger Marketing par le responsable de l'enquête à la Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Léger Marketing a intégré, à la base totale des répondants de la Côte-Nord (n = 3 600), l'échantillon supplémentaire de 118 répondants atteints de diabète. Dans un premier temps, cette firme a pondéré ce suréchantillon selon le profil des diabétiques de l'échantillon initial pour le rendre représentatif du sous-groupe visé. Parmi les 3 600 répondants de la base totale, 308 répondants ont affirmé souffrir de diabète. La firme

Léger Marketing s'est donc basée sur le profil de ces 308 répondants pour pondérer les 118 répondants de l'échantillon supplémentaire. Les variables utilisées pour la pondération sont le sexe, l'âge et le RLS.

À la suite de la pondération des répondants de ce deuxième échantillon de diabétiques, Léger Marketing a fusionné cette nouvelle base de données au premier fichier de données. Pour éviter une surreprésentation des diabétiques dans le fichier fusionné, une seconde pondération a été appliquée aux taux d'incidence des diabétiques en fonction du pourcentage obtenu préalablement avant l'ajout de l'échantillon supplémentaire. Ce taux était de 8 % avant son inclusion et il est redevenu à 8 % à la suite de l'application du deuxième facteur de pondération. Toutes les données présentées dans ce texte tiennent donc compte de la pondération.

#### 1.5.6.2 Construction des variables

Un cahier complet d'instructions a été fourni à Léger Marketing par l'auteur de ce rapport<sup>5</sup> afin de spécifier les nouvelles variables à construire, le regroupement des catégories de certaines variables en nouvelles catégories ainsi que l'élaboration des diverses échelles ou indices employés dans cette enquête. Dans le cas de quelques indices, des instructions précises ont été données pour inverser le code de certaines questions pour les ramener dans le même sens que les autres questions entrant dans la construction du même indice ou de la même échelle. C'est le cas, notamment, de celles énoncées sous une forme négative alors que les autres questions de l'indice sont rédigées sous une forme positive ou vice versa.

#### 1.5.6.3 Plan d'analyse

Un plan d'analyse a aussi été transmis à Léger Marketing. Ce document précise les variables de croisement à utiliser dans une première production des principaux tableaux des résultats de l'enquête.

#### 1.5.6.4 Non-réponse partielle<sup>6</sup>

Nous avons exclu la non-réponse partielle dans l'estimation des proportions. Pour une question donnée, la non-réponse partielle consiste en l'absence de réponse de la part d'une personne interviewée. Cela se produit, par exemple, quand un répondant refuse de se prononcer (« NRP ») ou quand celui-ci répond par « ne sait pas » (« NSP »). Pour ce faire, il s'agit de programmer une valeur manquante lorsqu'on rencontre l'une ou l'autre de ces conditions au moment du traitement des données. Le questionnaire a été cependant conçu pour la minimiser. En fait, des éléments d'explications supplémentaires ont été prévus à certaines questions pouvant engendrer de l'incompréhension chez certains répondants. En cas de besoin, ces explications, susceptibles de clarifier le sens d'une question, étaient fournies au répondant par l'intervieweur.

Par ailleurs, si la pondération permet en principe de corriger la non-réponse totale (le fait que des personnes ont refusé de répondre à l'ensemble du questionnaire), ce n'est pas le cas de la non-réponse partielle. En effet, aucun ajustement n'a été apporté dans la pondération de l'ESCN 2010 pour compenser la non-réponse à certaines questions. Un taux de non-réponse partielle élevé à une question particulière risque d'induire un biais d'estimation d'autant plus élevé. Dans ces conditions, la probabilité que les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants sera plus grande. À ce sujet, nous avons adopté, pour la Côte-Nord et ses territoires de RLS, les mêmes standards que ceux de l'ISQ au regard de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP). Pour l'EQSP 2008, l'ISQ tolère un taux de non-réponse partielle de 5 % pour l'ensemble du Québec et de 10 % dans les régions comme seuil raisonnable d'acceptation de l'hypothèse voulant que les non-

---

5. Yves THERRIAULT. *Enquête Santé Côte-Nord 2010 : Reformatage de variables et spécification de variables dérivées*, Document non publié, Baie-Comeau, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Mai 2011.

6. Cette section s'inspire des sections 2.3 et 2.5 de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, Gouvernement du Québec, 2010.

répondants possèdent des caractéristiques similaires aux répondants<sup>7</sup>. Le tableau A4 en annexe présente les taux de non-réponse partielle aux principaux indicateurs relatifs au poids corporel abordés dans cette publication. L'information est ventilée selon l'ensemble de la Côte-Nord et les territoires de RLS. On peut constater que les taux de non-réponse partielle se situent toujours sous les 4 %. Par exemple, à l'indicateur « concordance entre le poids perçu et le poids réel », le taux de non-réponse partielle dans l'ensemble de la Côte-Nord se chiffre à 1,8 % (tableau A4). Ce taux se situe à 0,8 % pour les hommes et à 3,0 % pour les femmes (données non présentées).

Exclure la non-réponse partielle lors du traitement des données revient à faire l'hypothèse que les non-répondants se distribuent dans les différentes catégories d'une variable de la même manière que les répondants. Si le taux de non-réponse partielle se situe sous les seuils critiques définis au préalable, cette procédure permet d'estimer la proportion d'individus possédant telle ou telle caractéristique.

Cependant, dans certains cas, nous mentionnons le nombre d'individus de la population possédant la caractéristique étudiée. Or, ce nombre n'a pas été corrigé pour tenir compte de la non-réponse partielle. Il peut donc en résulter une sous-estimation du nombre de personnes ayant l'attribut en question. Cette sous-estimation dépend, bien sûr, de l'ampleur de la non-réponse partielle. Dans le cas du poids corporel dans l'ensemble de la Côte-Nord, nous sommes d'avis que ce biais est pratiquement inexistant vu le très faible taux de non-réponse partielle.

### 1.5.7 Méthodes d'analyse

#### 1.5.7.1 Analyses bivariées

Les données contenues dans ce rapport sont essentiellement descriptives et sont fondées sur des analyses bivariées.

#### 1.5.7.2 Analyses multivariées

Dans certains cas, nous avons eu recours à la régression logistique multiple pour tenir compte de l'influence simultanée de plusieurs facteurs sur le fait de posséder ou non une certaine caractéristique (ex. : le fait d'être obèse). Cette technique permet d'aller au-delà des analyses bivariées. Nous avons utilisé la procédure CSLogistic du logiciel IBM SPSS Complex Samples.

#### 1.5.7.3 Tests statistiques

Deux tests principaux sont utilisés dans ce rapport : le test du khi-deux ( $\chi^2$ ) et le test de comparaisons de proportions. Le test du khi-deux sert à déterminer s'il existe ou non une association significative entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. Les tests statistiques tiennent toujours compte du plan de sondage. Lorsque les deux variables ne comportent que deux catégories, une valeur « p » inférieure à 0,05 indique une différence significative du domaine d'intérêt entre les modalités d'une variable de croisement (ex. : proportion de personnes obèses chez les hommes vs celle observée chez les femmes). Dans ces situations, il n'est pas nécessaire de procéder à des tests de différence de proportions.

Lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement avait plus de deux catégories et en présence d'un khi-deux significatif, des tests de différences de proportions ont été effectués pour trouver la ou les sources de cette différence. Le test utilisé est la valeur Z de la différence de proportions. Par exemple, les données régionales de l'ESCN 2010 montrent que la proportion de personnes en embonpoint varie de manière significative selon l'âge. Or, l'âge a été ventilé en quatre catégories : 18 à 29 ans, 30 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Nous avons donc comparé les proportions d'individus en embonpoint enregistrées chacune des catégories par rapport à celles

---

7. Voir INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 ...*, p. 24.

observées dans l'ensemble des autres (ex. : 30 à 44 ans comparativement à l'ensemble des autres groupes d'âge). Dans ce contexte, quatre comparaisons sont donc réalisées. Pour que ces quatre comparaisons s'effectuent au seuil global de 5 % et afin de minimiser les risques de trouver par coïncidence une différence significative, nous avons dû abaisser le seuil de signification pour tenir compte des comparaisons multiples. La correction utilisée est celle de Bonferroni<sup>8</sup>. Ainsi, chacune des catégories est comparée à l'ensemble des autres sur la base d'un seuil ajusté de 1,25 % (soit 5 % divisé par 4, puisqu'on a quatre groupes d'âge). Pour l'âge, la valeur critique de Z s'établit à 2,498. Dans le cas présent, le test global se révèle significatif si on obtient au moins une valeur Z inférieure à -2,498 ou supérieure à 2,498. Sous ces conditions, on peut ensuite chercher la ou les sources de cette différence au seuil usuel de 5 % (valeur  $Z \pm 1,96$ ). L'équation utilisée est la suivante :

$$(1) Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{v_{p1} + v_{p2}}}$$

où :  $p_i$  désigne la proportion;

$v_p$  désigne la variance de la proportion, laquelle correspond au carré de l'erreur-type de la proportion.

Afin de réduire le nombre de tests, nous avons choisi de ne pas effectuer toutes les comparaisons deux à deux. Avec quatre catégories d'âge, nous aurions dû alors procéder à six tests au lieu de quatre. Tous les tests statistiques ont été effectués avec le logiciel Excel de Microsoft après que les tableaux de résultats, générés par IBM SPSS Complex samples, aient été exportés sous ce format par programmation informatique.

#### 1.5.8 Présentation des résultats

Les résultats présentés dans les tableaux et figures de ce rapport le sont, en général, sous la forme de pourcentage. Dans les tableaux, les prévalences de l'embonpoint, de l'obésité et de la surcharge pondérale, selon diverses variables de croisement, sont rapportées pour l'ensemble de la Côte-Nord et chacun des territoires de RLS visés par l'enquête. Afin de faciliter la lecture, dans ce texte, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont arrondies à l'unité, mais à une décimale dans les tableaux et figures. Nous avons conservé une décimale pour les proportions inférieures à 5 % et nous recourons à une formulation qui rend compte du fait que les données de cette enquête ne représentent pas des valeurs exactes mais qu'elles comportent une marge d'erreur.

En terminant, mentionnons qu'une grande attention a été accordée dans la présentation des résultats pour assurer la confidentialité des réponses fournies par les répondants et éviter le risque d'une divulgation involontaire de l'identité de certaines personnes. C'est entre autres le cas des caractéristiques peu fréquentes dans certains groupes de la population à l'échelle des RLS et qui pourraient être connues d'un lecteur. Plusieurs stratégies ont été préconisées pour ce faire. Il s'agit, notamment, du regroupement de catégories ainsi que de la non-divulgation de statistiques basées sur moins de trente répondants en fréquences marginales (totaux de rangées ou de colonnes), et ce, peu importe la valeur du coefficient de variation associé au pourcentage. Une autre stratégie consiste à ne pas révéler des données statistiques résultant de croisements de variables si les informations produites comportent un risque quelconque d'identification. Enfin, un risque de divulgation pourrait aussi survenir par la combinaison d'informations de plusieurs tableaux. Par exemple, nous n'avons pas construit le tableau du pourcentage de personnes affichant un poids normal, selon les mêmes caractéristiques que celles des tableaux 4A à 4C, afin de ne pas trouver, par soustraction, le pourcentage de personnes de poids insuffisant et qui vivent dans l'un ou l'autre des territoires de RLS de la Côte-Nord.

---

8. Pour plus de détails, voir la note 14 au chapitre 2.



## CHAPITRE 2 : LE STATUT PONDÉRAL DE LA POPULATION NORD-CÔTIÈRE EN 2010

### INTRODUCTION

Le poids corporel constitue l'un des déterminants associés à l'état de santé d'une personne. La littérature scientifique a amplement démontré que le surplus de poids<sup>9</sup> (embonpoint et obésité), mais particulièrement l'obésité, constitue un facteur de risque de développement des problèmes chroniques de santé. On pense plus spécifiquement au diabète<sup>[1-4]</sup>, à l'hypertension artérielle<sup>[4-9]</sup> et à certains types de cancers<sup>[4, 10]</sup>. 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<sup>[11]</sup>. Pour les femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait de deux à trois fois plus élevé<sup>[12]</sup>. En 2004, on estime que 22 % des cancers de l'endomètre et 10 % des cancers du côlon seraient attribuables à l'obésité<sup>[13]</sup>. 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<sup>[14]</sup>.

Parmi d'autres risques pour la santé associés au surplus de poids, on retrouve par exemple l'arthrite et les problèmes musculo-squelettiques<sup>[13, 15]</sup> et les limitations d'activités<sup>[16]</sup>. Les personnes qui ont une surcharge pondérale éprouvent généralement davantage de difficultés que les autres à s'adonner à de l'activité physique de loisir et à accomplir certaines tâches liées à leur travail, à leurs études ou à la vie domestique<sup>[17]</sup>. En outre, au Canada, on évalue qu'environ 20 % des décès prématurés, survenus entre l'âge de 20 et 64 ans, seraient directement attribuables à l'obésité<sup>[18]</sup>.

Élément anecdotique, Hippocrate (460 - 370 av. J.-C.), considéré comme le père de la médecine, serait le premier à avoir clairement perçu que l'obésité pouvait jouer un rôle dans la mortalité prématurée. Il a aussi pressenti que celle-ci résultait notamment d'un apport excessif en « énergie » qui n'était pas compensé par suffisamment d'exercice physique<sup>[19]</sup>.

Outre les répercussions au plan de la santé physique, la littérature scientifique a aussi identifié des effets négatifs sur la santé mentale et psychosociale, notamment au regard de la présence de troubles anxieux<sup>[20-22]</sup> et de dépression<sup>[16]</sup>. Une analyse portant sur 17 études populationnelles a démontré que les personnes obèses étaient significativement un peu plus susceptibles que les non-obèses de présenter des symptômes de dépression; cette association se révélant plus forte chez les femmes que chez les hommes<sup>[23]</sup>. Cette observation ressort aussi d'une autre méta-analyse d'une vingtaine d'études<sup>[24]</sup>. Des recherches longitudinales ont démontré un lien réciproque entre l'obésité et la dépression<sup>[25]</sup> dans la mesure où être obèse accroîtrait le risque de dépression et inversement<sup>[24, 26, 27]</sup>. Une relation en U entre le poids corporel et la dépression a été rapportée : cela signifie que l'on a trouvé une plus forte prévalence de la dépression chez les personnes de poids insuffisant et chez les individus obèses que chez ceux de poids normal ou en embonpoint<sup>[28, 29]</sup>. La dépression pourrait résulter, en partie, des difficultés qu'éprouvent bon nombre de personnes obèses à perdre du poids<sup>[30]</sup>. Par ailleurs, l'estime de soi peut aussi être affectée bien que les études à ce sujet n'en arrivent pas toujours à ce constat<sup>[31]</sup>. La relation inverse se produit également. Une faible estime de soi peut conduire au surplus de poids par la médiation de l'adoption d'habitudes de vie néfastes, spécialement au regard de l'alimentation<sup>[31]</sup>. Une personne de poids normal, mais qui croit avoir une surcharge pondérale, risque aussi d'avoir une plus faible estime de soi si elle pense que les autres la jugent défavorablement étant donné qu'elle est consciente des perceptions sociales à l'égard de l'embonpoint et de l'obésité<sup>[31]</sup>.

Les impacts négatifs d'une surcharge pondérale apparaissent parfois sous la forme de discrimination et/ou de stéréotypes négatifs que les personnes concernées peuvent subir<sup>[17, 32-35]</sup> et cette stigmatisation se renforcerait

---

9. Dans ce document, les termes « surplus de poids », « excès de poids », « surcharge pondérale » sont synonymes, et regroupent les catégories « embonpoint » et « obésité ». Dans la terminologie de Statistique Canada, le concept « excès de poids » réfère à l'embonpoint seulement. Voir Lyne MONGEAU, « L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003 », p. 4. À noter que les numéros en exposant, qui apparaissent entre des crochets, renvoient aux références situées à la fin de ce document.

concomitamment avec l'augmentation des taux d'obésité<sup>[36]</sup>. De tels stéréotypes perpétuent l'image de personnes qui manqueraient de contrôle d'elles-mêmes ou de caractère<sup>[30, 33, 34, 36]</sup>. Des études font état de la manifestation de préjugés chez des employeurs, des enseignants, des professionnels de la santé et chez des membres de la famille<sup>[37-45]</sup>. Ces stéréotypes se rencontrent aussi chez de jeunes enfants, vraisemblablement parce que leurs parents les leur ont communiqués<sup>[34]</sup>. Puhl et Brownell soulignent que plusieurs études ont révélé que les préjugés à l'endroit des personnes en excès de poids pouvaient influencer le jugement et la pratique de certains professionnels de la santé<sup>[33]</sup>. Précisons que les préjugés ne conduisent pas nécessairement à de la discrimination<sup>[45]</sup>; ils relèvent plutôt d'une attitude tandis que la discrimination traduit plutôt un comportement<sup>[37]</sup>.

Le surplus de poids au sein des diverses populations des pays industrialisés a pris rapidement une telle ampleur que l'on parle d'une épidémie<sup>[15, 17, 21, 46-52]</sup>. Cette tendance touche même les pays en voie de développement<sup>[53]</sup>. Au cours des deux dernières années, l'embonpoint, mais surtout l'obésité, ont augmenté de façon marquée, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde<sup>[4, 50]</sup>. Par exemple, au Canada, le taux d'obésité chez les adultes, corrigé pour l'âge, est passé d'environ 14 % en 1978-1979 à 23 % en 2004. Cette dernière proportion correspond à environ 5,5 millions de personnes et est fondée sur des mesures directes au lieu de valeurs autodéclarées. Durant la même période, les hausses les plus importantes ont été observées chez les 25 à 34 ans (de 9 % à 21 %) et les personnes de 75 ans et plus (de 11 % à 24 %)<sup>[4]</sup>. Toujours durant cette période de référence, les taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et adolescents de 2 à 17 ans ont aussi crû de manière importante, mais surtout du côté des jeunes de 12 à 17 ans<sup>[54]</sup>. Au Québec, la proportion des adultes en surplus de poids est passée de 35 %, en 1987, à 51 % en 2009-2010<sup>[55]</sup>.

Plusieurs facteurs interagissent dans l'émergence de la surcharge pondérale. Le surplus de poids résulte principalement d'un déséquilibre entre la consommation de calories et la dépense énergétique<sup>[28, 50]</sup>. L'adoption d'un mode de vie sédentaire, une alimentation inadéquate dont un plus grand recours aux aliments pré-préparés, la consommation de plus grosses portions s'avèrent des conditions propices à développer un excès de poids<sup>[50]</sup>. Des facteurs environnementaux, comme des aménagements urbains qui dissuadent les citoyens de marcher, sont parfois évoqués<sup>[56]</sup>. En conséquence, la génétique n'expliquerait pas la forte hausse de l'obésité enregistrée un peu partout<sup>[50]</sup>.

Le passage de l'embonpoint à l'obésité est un processus qui se déroule généralement sur plusieurs années. Au Canada, ce phénomène a été récemment étudié à l'aide de données recueillies entre 1994-1995 et 2002-2003 qui correspondent aux cinq premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)<sup>10</sup> de Statistique Canada. Après huit ans, chez les personnes qui avaient de 20 à 56 ans en 1994-1995, environ 2 % sont passées du statut poids normal en 1994-1995 à obèse 2002-2003. En contrepartie, chez celles qui faisaient de l'embonpoint en 1994-1994, environ 25 % sont devenues obèses durant la même période et quelque 10 % ont retrouvé un poids santé. Le passage du poids normal à l'embonpoint s'est révélé significativement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes; cependant, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de passer de l'embonpoint à l'obésité<sup>[57]</sup>. Une étude basée sur des données longitudinales estime à 50 % les risques qu'une personne de poids normal fasse de l'embonpoint et à 25 % ceux qu'elle devienne obèse sur un horizon de 30 ans<sup>[58]</sup>.

Les problèmes liés au poids corporel comportent une autre facette : le désir excessif de minceur<sup>[59]</sup> soutenu, entre autres, par l'importance de l'image corporelle dans la culture moderne qui valorise la minceur<sup>[40]</sup>, plus particulièrement chez les femmes<sup>[60]</sup>, 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<sup>[35]</sup>. L'idéal de minceur peut se traduire par le désir de maigrir, même chez une personne de poids normal, ainsi que par une

---

10. Ne pas confondre avec l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée aussi par Statistique Canada. Mentionnons toutefois que l'ENSP a été abandonnée en 2012 après neuf cycles. Plus de détails sont disponibles aux adresses suivantes : [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3225&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3225&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2) [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2); pages consultées le 19 juin 2015.

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<sup>[55]</sup>.

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<sup>[13, 61]</sup>. 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<sup>[62]</sup>.

## 2.1 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

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<sup>[55, 63, 64]</sup>. 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) défini en 1995. Les seuils proposés par l'OMS constituent maintenant la norme internationale<sup>[50]</sup>. Pour l'Asie cependant, l'OMS recommande des seuils moindres<sup>[65]</sup>. Le tableau 3 présente ces catégories de même que les risques pour la santé qui y sont associés.

**Tableau 3 Classification du poids corporel chez les adultes de 18 ans et plus en fonction de l'indice de masse corporelle**

Classification	Catégories d'IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risque pour la santé
Poids insuffisant	< 18,5	Risque accru
Poids normal	de 18,5 à 24,9	Moindre
Embonpoint <sup>1</sup>	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
Obésité globale	>= 30,0	Risque élevé

Source : Adapté de Statistique Canada. *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Ottawa. Service des publications de Santé Canada, N° cat. H49-179/2003F, 43 p.

1. Nous nous conformons à la terminologie en usage au Québec. La catégorie « Embonpoint » correspond au terme « excès de poids » de Santé Canada. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) emploie la notion de « préobèse ».

### 2.1.1 Source des questions

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 enceintes au moment de l'enquête. Les femmes de 18 à 49 ans se sont d'abord vu poser la question suivante après une brève mise en contexte.

*Les prochaines questions portent sur la taille et le poids. Dans un premier temps, pour les fins de l'analyse des résultats, il est important de savoir si une femme est enceinte ou non. Êtes-vous enceinte?*

Pour tous les autres répondants, on précisait d'abord que les prochaines questions portaient sur la taille et le poids.

*Combien mesurez-vous sans chaussures?*

*Combien pesez-vous?*

Les réponses pouvaient être données selon le système métrique ou le système anglais. 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)<sup>[66]</sup>.

Les résultats font d'abord l'objet d'une analyse descriptive. Les prévalences de l'embonpoint, de l'obésité et surplus de poids sont présentées selon des variables de croisement démographiques, socioéconomiques et certaines autres caractéristiques liées à la santé physique et aux habitudes de vie (analyses bidimensionnelles) (tableau 4A à 4C) à partir de données pondérées. Le test du khi-deux, corrigé pour l'effet du plan de sondage, a été employé pour statuer s'il existe ou non une association significative entre ces catégories de statut pondéral et chacune des variables de croisement. Les tests sont considérés significatifs si la valeur « p » est inférieure à 0,05. Le cas échéant, des tests de différences de proportions, ajustés pour les comparaisons multiples (correction de Bonferroni)<sup>[67]</sup>, ont été effectués lorsqu'une variable de croisement avait plus de deux catégories. Pour approfondir l'analyse, nous avons procédé à des modélisations par régressions logistiques multiples pour examiner les liens entre l'obésité ainsi que le surplus de poids (embonpoint + obésité) et diverses caractéristiques de la population tout en corrigeant pour tenir compte de certaines variables de confusion dont l'âge<sup>11</sup>. Dans ces modèles, la variable dépendante est un indicateur dichotomique (« Oui »/« Non ») de l'obésité ou du surplus de poids et la catégorie « Non » sert de référent.

### 2.1.2 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 RLS et le reste de la Côte-Nord. Il est possible que des écarts significatifs rapportés dans ce texte s'expliquent par la dissimilitude des structures d'âge de ces sous-groupes. Cependant, l'inclusion de l'âge dans des analyses de régression logistique permet de contrôler son influence dans certains des phénomènes étudiés.

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<sup>[11, 64, 68-74]</sup>. 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<sup>[75]</sup>. De leur côté, les individus ayant un poids normal démontrent une propension plus forte de déclarer réalistement leur poids et leur taille<sup>[60, 76]</sup>. Au Québec, l'ampleur de la sous-estimation de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes en 2007-2008 a été évaluée respectivement à 4 % et à 9 %<sup>[55, 77]</sup>. Précisons que l'IMC ne fournit pas d'informations sur la répartition du tissu adipeux et n'évalue pas directement la masse grasse<sup>[59]</sup>. 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<sup>[16]</sup>. Nonobstant cette lacune, l'autodéclaration constitue un moyen moins coûteux que la mesure directe pour évaluer la répartition du poids corporel dans une population<sup>[78, 79]</sup>. Conscient de ce biais potentiel, nous avons demandé aux intervieweurs de Léger Marketing de ne pas arrondir la taille à l'unité supérieure. Par exemple, 1½ pouce ou 1¾ pouce ont été arrondis à un pouce lorsque la grandeur était donnée selon le système anglais.

En raison d'une sous-déclaration possible du taux d'obésité, il pourrait en résulter une légère surestimation des liens entre l'obésité et certains états de santé, comme le diabète, l'hypertension et la maladie cardiaque<sup>[60, 75, 78, 79]</sup>, considérés dans cette étude. La surestimation serait encore plus prononcée lorsque les entrevues se déroulent par téléphone, comme l'Enquête Santé Côte-Nord, qu'en face à face<sup>[60]</sup>. Il existe des méthodes pour appliquer des facteurs de correction aux prévalences d'embonpoint et d'obésité fondées sur l'autodéclaration afin de les rapprocher de celles calculées avec des mesures directes<sup>[78]</sup>, mais nous n'y recourons pas dans ce document.

Le fait que nous ayons restreint l'activité physique à celle pratiquée durant les loisirs dans l'année précédant l'enquête constitue une autre limite de l'étude entre les efforts physiques fournis et le poids corporel. Une personne, tout en étant sédentaire durant les loisirs, peut tout de même être active dans d'autres circonstances de

---

11. Voir section 1.5.7 du premier chapitre.

la vie comme le travail, à l'école ou à la maison<sup>[80, 81]</sup>. L'enquête ne comporte pas de questions sur les moyens utilisés pour se rendre au travail ou à l'école. Aucune question n'a été posée relativement aux tâches de la vie domestique. Une question porte sur l'intensité des efforts requis au travail, mais elle ne s'adresse qu'aux personnes de 18 à 64 ans. Le choix que nous avons fait de limiter l'analyse aux activités physiques de loisir peut donc altérer la relation avec le poids corporel<sup>[82]</sup>. Habituellement, la période de référence dans ce type de question est fixée aux trois derniers mois. La période de référence a été étendue aux 12 derniers mois afin d'éviter un effet saisonnier. Comme les entrevues de l'ESCN 2010 se sont déroulées de mai à août 2011, restreindre cette période aux trois derniers mois aurait englobé une partie de l'hiver et le début du printemps dans plusieurs cas. Or, au Canada, les adultes sont moins enclins à pratiquer régulièrement une activité physique de loisir en hiver qu'en été<sup>[83]</sup>. Conséquemment, il se peut que les réponses soient sujettes à un biais de rappel<sup>[4]</sup>. Il est possible également que le niveau d'activité physique soit surestimé chez certaines personnes ou sous-estimé chez d'autres<sup>[84, 85]</sup>.

Enfin, importe de bien saisir que les associations significatives observées entre des phénomènes ne peuvent être considérées comme des relations causales en raison même de la nature de cette enquête qui représente les caractéristiques de la population nord-côtière à un moment précis dans le temps. Ce type d'enquête, dite transversale, ne permet pas d'établir des relations de cause à effet.

## 2.2 RÉSULTATS

### 2.2.1 Répartition du poids corporel sur la Côte-Nord

**En 2010, environ 22 % de la population adulte nord-côtière est obèse et 42 % fait de l'embonpoint.**

Cette section brosse un portrait de l'embonpoint, de l'obésité et du surplus de poids (embonpoint + obésité) sur la Côte-Nord en 2010 chez les individus âgés de 18 ans et plus. D'autres dimensions, comme leur état de santé et leurs habitudes de vie sont abordées plus loin dans ce texte. Il convient de se rappeler que toute la population adulte nord-côtière n'était pas visée par l'ESCN 2010. Étaient exclues les communautés autochtones et les personnes vivant en établissement comme les CHSLD. L'enquête n'a donc rejoint que les résidents nord-côtiers vivant en ménage privé.

Selon les données de l'enquête, en 2010, environ 1,7 %<sup>12</sup> des Nord-Côtiers ont un poids insuffisant et 34 % se classent dans la catégorie « poids normal ». Par ailleurs, plus de quatre personnes sur dix font de l'embonpoint (42 %) (tableau 4A) et environ une sur cinq (22 %) est obèse (tableau 4B). Par conséquent, plus de six Nord-Côtiers sur dix (64 %) (tableau 4C) ont un excès de poids, 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).

### 2.2.2 Situation dans les territoires de RLS

Dans la population globale, on observe une variation significative<sup>13</sup> du surplus de poids entre les territoires de RLS. Plus des trois quarts (76 %) (tableau 4C) des résidents de la Basse-Côte-Nord présentent une surcharge pondérale; cette proportion surpasse celle observée chez les autres Nord-Côtiers (63 %). Sur ce point, aucun autre RLS ne se

---

12. 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 l'on avait interrogé l'ensemble de la population adulte nord-côtière, à l'exception de celle vivant dans les réserves autochtones. Plus l'intervalle est étroit, plus la valeur est précise. En revanche, de larges intervalles indiquent une forte variabilité (une moins bonne précision) de l'estimation. Le logiciel utilisé, IBM SPSS Complex Samples, tient compte du plan de sondage dans le calcul des erreurs-types pour les fins de la construction de ces intervalles.

13. 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.

démarque du reste de la Côte-Nord<sup>14</sup>. L'excès de poids affecte davantage les femmes de la Basse-Côte-Nord (70 %) que leurs consœurs (52 %). Dans ce territoire, plus de huit hommes sur dix (82 %) ont un surplus de poids. Toutefois, sur cet aspect, au plan statistique, ils ne se démarquent pas des autres hommes nord-côtiers (73 %).

Selon une perspective d'analyse locale<sup>15</sup>, on constate qu'en Minganie, les hommes affichent une prévalence de l'excès de poids plus faible (67 %) (tableau 4C) que celle enregistrée dans le reste de la population masculine nord-côtière (74 %). Le surplus de poids se révèle aussi moins courant chez les femmes du RLS de Sept-Îles (49 %) en regard des autres femmes nord-côtières (55 %).

En ce qui a trait à l'obésité comme telle, l'analyse des données selon un angle régional montre que le RLS de la Basse-Côte-Nord s'avère le seul à se différencier du reste de la région. On y dénombre proportionnellement plus d'individus dans cette catégorie (31 %) (tableau 4B) en comparaison de l'ensemble des autres RLS (22 %). Cette situation découle d'une plus forte prévalence de l'obésité chez les Bas-Côtières (35 %) par rapport aux autres Nord-Côtières (20 %). Du côté des hommes, les données de l'enquête ne permettent de conclure à une différence significative entre la Basse-Côte-Nord (\*28 %) et le reste de la population masculine régionale (24 %).

D'autres constats ressortent lorsque l'on adopte un point de vue local. Dans ce contexte, toutes proportions gardées, on voit que le RLS de Port-Cartier comprend davantage d'individus obèses (27 %) (tableau 4B) que le reste de la région (22 %). Quoique non significative, une tendance similaire se dessine de l'analyse des données selon le sexe. L'obésité se rencontre moins couramment dans le RLS de Manicouagan (19 %) qu'ailleurs sur la Côte-Nord (24 %), en raison du fait que hommes manicois sont proportionnellement moins nombreux à en faire (19 %) que les autres hommes nord-côtiers (27 %). Chez les femmes, on enregistre une prévalence plus faible de l'obésité chez les résidentes du RLS de Sept-Îles (17 %) en regard de celles des autres territoires (22 %).

Les structures d'âge des RLS ne semblent pas expliquer ces différences entre les RLS. En effet, dans les modèles de régression logistique, on ne remarque pas de variations notables entre les cotes non corrigées et corrigées qui, en regard d'une catégorie de référence (RLS de la Basse-Côte-Nord), expriment le risque d'avoir un surplus de poids (tableau 5B) ou de faire de l'obésité (tableau 5A)<sup>16</sup>. Dans le modèle corrigé, nous avons introduit la variable « âge » conjointement à celle correspondant aux territoires de RLS. Au tableau 5B, l'on constate que, comparativement à

---

14. 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. Ainsi chacune des catégories (en l'occurrence les RLS dans le cas présent) est comparée au reste de la Côte-Nord sur la base d'un seuil ajusté de 0,71 % (soit 5 %, divisé par 7 puisqu'on a 7 territoires de RLS). Si l'on trouve au moins une comparaison ajustée significative, sur la base de la correction de Bonferroni, on peut conclure que le test global est significatif. L'hypothèse nulle selon laquelle aucun RLS ne diffère du reste de la Côte-Nord est ainsi rejetée. On peut alors chercher la(les) source(s) de cette différence au seuil usuel de 5 %. Adapté de : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, pp. 45-46 et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique du Québec (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 69-70.

15. 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 %.

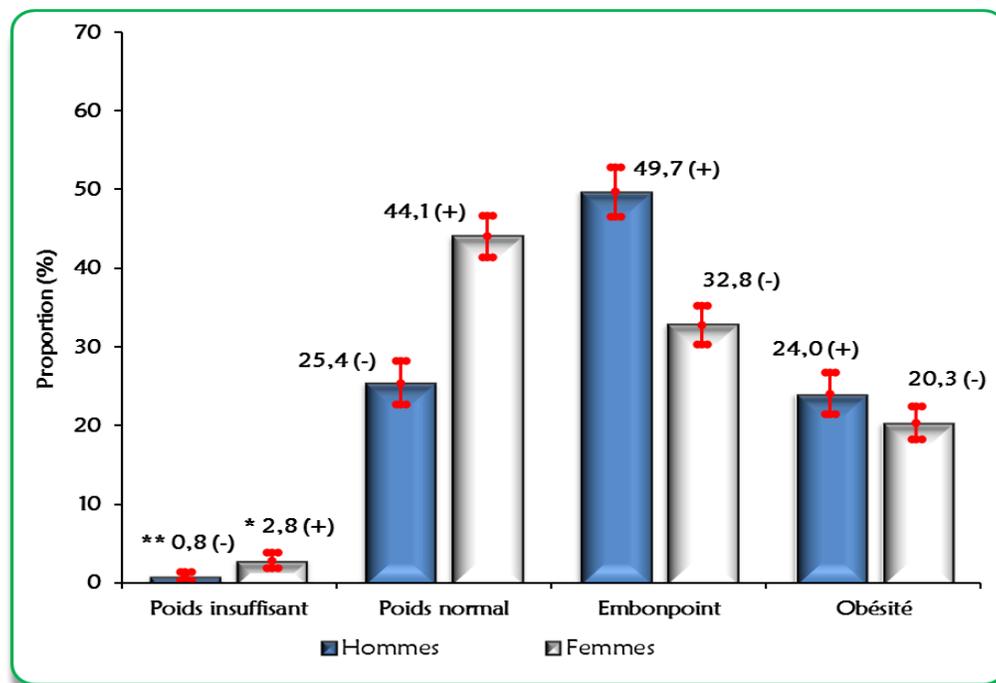
16. Les résultats sont présentés sous la forme de rapports de cotes avec leur intervalle de confiance de 95 %. Lorsque l'intervalle de confiance n'inclut pas la valeur 1, on peut conclure que le rapport de cotes (RC) est statistiquement significatif. Dans certains cas, comme les valeurs ont été arrondies, il se peut qu'un RC soit statistiquement significatif même si la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance contient la valeur 1. Le rapport de cotes constitue le ratio de deux rapports. Pour une catégorie donnée (ex. : RLS de Sept-Îles), il s'agit du rapport des personnes qui possèdent une caractéristique quelconque (ex. : le surplus de poids) sur les personnes qui ne l'ont pas (ex. : individus qui ne sont pas en excès de poids), divisé par le rapport correspondant (personnes en surplus de poids sur les individus qui ne le sont pas) enregistré dans une catégorie de référence (RLS de la Basse-Côte-Nord), en tenant compte de la présence éventuelle d'autres variables dans le modèle. Lorsque la prévalence du phénomène étudié est relativement forte (5 % à 10 % et plus), on ne peut considérer le RC comme l'équivalent d'un risque relatif.

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-Côtiers qui vivent en Haute-Côte-Nord, dans la Manicouagan ou dans le RLS de Sept-Îles que ceux de la Basse-Côte-Nord (tableau 5A). L’ajout de deux autres variables associées au statut socioéconomique (niveau de scolarité) et aux habitudes de vie (statut tabagique) ne modifie pas ces résultats (données non présentées).

### 2.2.3 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 %) (figure 1A). En contrepartie, l’embonpoint touche davantage les hommes (50 % c. 33 %) (figure 1A; tableau 4A). Le même constat prévaut pour l’obésité (24 % c. 20 %) (figure 1A et tableau 4B).

**Figure 1A 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 % mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

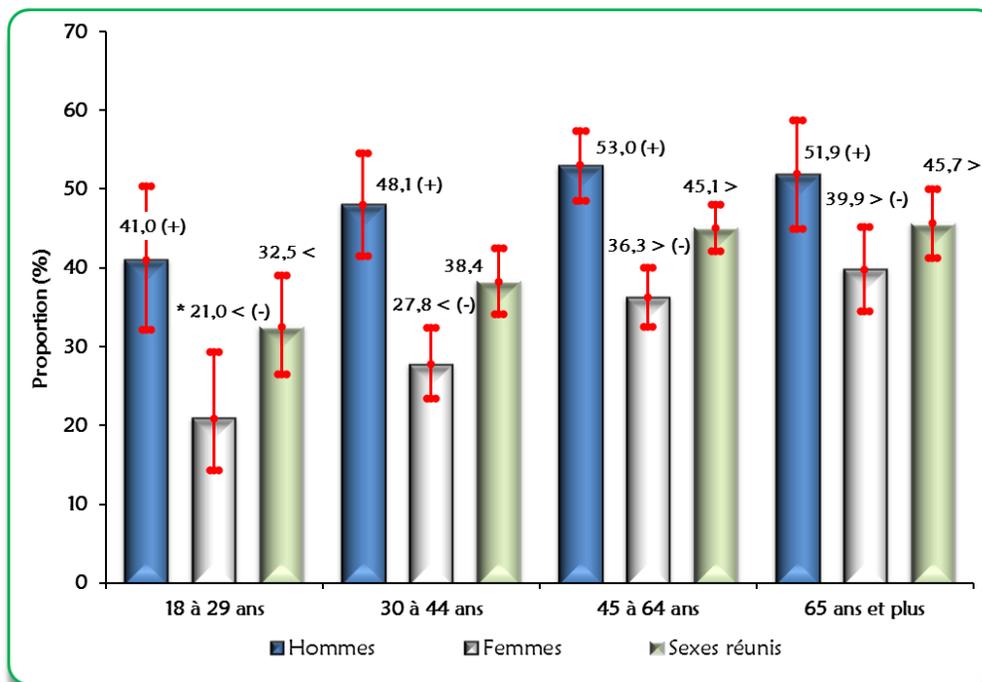
\*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.

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

À l’échelle des territoires locaux, la prévalence de l’embonpoint est aussi plus élevée chez les hommes que chez les femmes, à l’exception de la Minganie et de Caniapiscau (tableau 4A) où, toutefois, les mêmes tendances émergent, quoique non significatives. Pour l’obésité, la différence entre les sexes ne s’avère pas significative, exception faite des territoires de RLS Sept-Îles et de Caniapiscau où elle est aussi plus courante chez les hommes que chez les femmes (Sept-Îles : 27 % c. 17 %; Caniapiscau 29 % c. \*18 %). Un fait particulier à signaler : en Basse-Côte-Nord, le pourcentage de personnes obèses tend à être plus élevé chez les femmes (35 % c. \*28 %) (tableau 4B); l’écart observé n’est pas statistiquement significatif.

Dans l'ensemble de la population régionale, la proportion de personnes qui font de l'embonpoint varie avec l'âge. Ainsi, les jeunes de 18 à 29 ans sont proportionnellement moins nombreux à en faire (33 %) (tableau 4A) que les autres Nord-Côtiers (38 %). Cette condition est plus fréquente chez les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus (respectivement 45 % et 46 %) que dans l'ensemble des autres groupes d'âge. Le lien significatif entre l'embonpoint et l'âge se vérifie chez les femmes seulement (figure 1B). Par ailleurs, quel que soit l'âge, l'embonpoint caractérise davantage les hommes que les femmes (figure 1B).

**Figure 1B Prévalence de l'embonpoint<sup>1</sup> 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.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 1. IMC = 25,0 – 29,9.

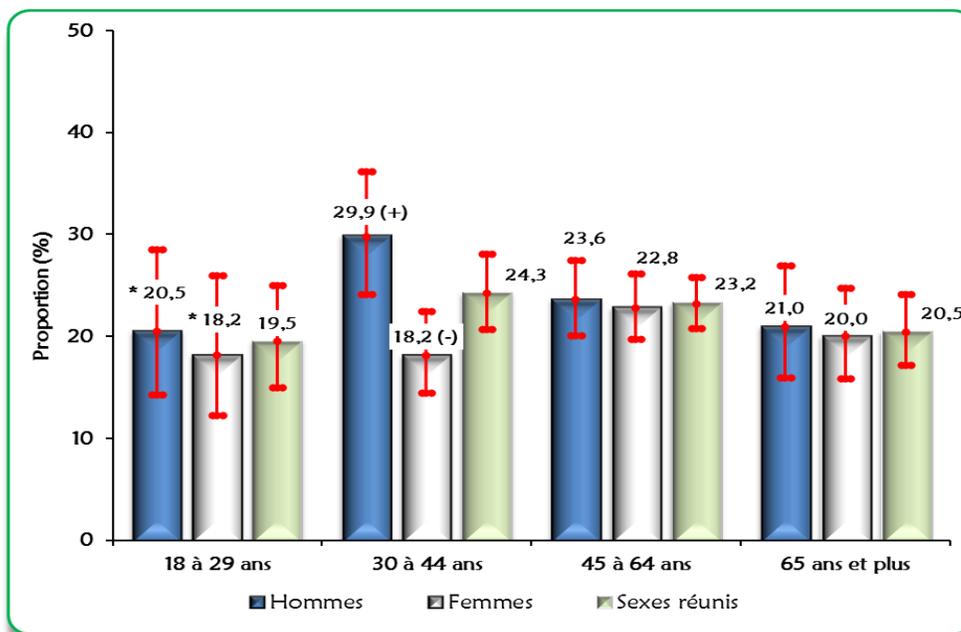
Les données de l'ESCN 2010 ne permettent pas de déceler une association de l'obésité avec l'âge (tableau 4B), et ce, autant dans le cas des hommes que celui des femmes (figure 1C). L'écart significatif précédemment rapporté quant à la prévalence de l'obésité plus élevée chez les hommes nord-côtiers, en regard de celle des Nord-Côtières, ne s'observe que pour les personnes âgées de 30 à 44 ans (30 % c. 18 %). Dans toutes les autres catégories d'âge, l'obésité touche, en proportion, les femmes et les hommes de manière comparable (figure 1C). Cependant, un modèle de régression logistique tenant compte de l'âge montre que, comparativement aux femmes, les hommes présentent un risque un peu plus élevé d'être obèses (RC = 1,2) (tableau 5A). L'ajout du niveau scolarité dans un autre modèle ne modifie pas ce constat (donnée non présentée).

Il découle des observations touchant l'embonpoint et l'obésité que l'excédent de poids se rencontre plus fréquemment au sein de l'ensemble de la population masculine régionale (74 %) que chez les Nord-Côtières (53 %). Le même phénomène se confirme dans tous les territoires de RLS, sauf ceux de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord, bien que les résultats suivent cette tendance (tableau 4C). Cet écart significatif entre les sexes dans l'ensemble de la région prévaut dans tous les groupes d'âge (figure 1D). La cote ajustée selon l'âge montre que le risque d'être en surplus de poids est près de deux fois et demie plus élevée pour les hommes (RC = 2,6) que chez les femmes (tableau 5B).

L'analyse bidimensionnelle montre que le pourcentage de personnes ayant une surcharge pondérale varie suivant le groupe d'âge. Toutes proportions gardées, on enregistre moins de cas d'excédent de poids chez les 18 à 29 ans (52 %) (tableau 4C) que dans l'ensemble des autres catégories d'âge (66 %). À l'inverse, la proportion la plus forte

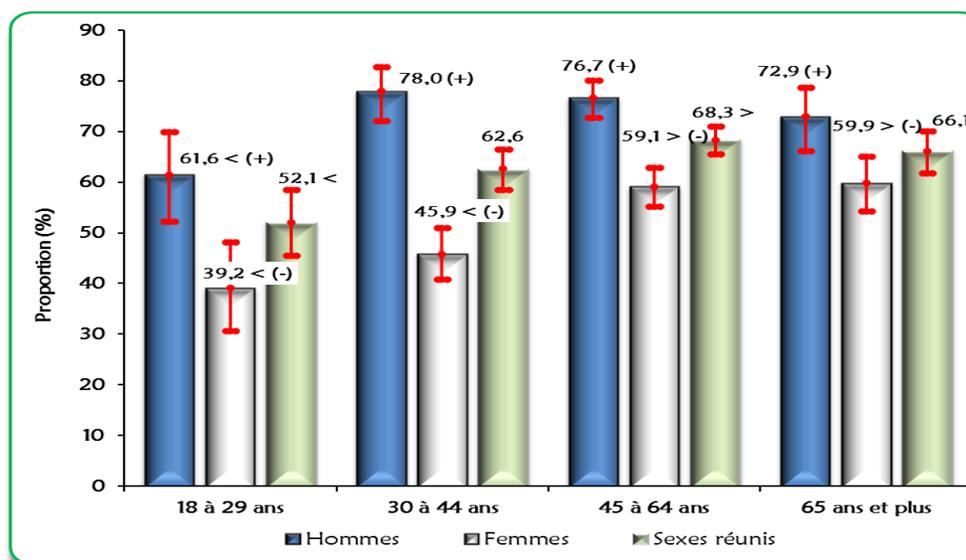
est enregistrée parmi les individus âgés de 45 à 64 ans (68 %). Cette variation selon l'âge prévaut à la fois chez les hommes et chez les femmes (figure 1D).

**Figure 1C Prévalence de l'obésité<sup>1</sup> 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.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.  
 1. IMC >= 30,0.

**Figure 1D Prévalence de l'excès de poids<sup>1</sup> 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.  
 > < 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.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 1. IMC >= 25,0.

## 2.2.4 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques

Trois variables sont retenues comme mesure du statut socioéconomique : le revenu du ménage, le plus haut degré de scolarité complété par le répondant, l'occupation. Ces variables ont été considérées séparément.

Le revenu comprend le revenu du ménage autodéclaré et provenant de toutes sources dans les douze mois précédant l'enquête. Quant à la scolarité, les réponses ont été regroupées en quatre catégories : moins d'un 5<sup>e</sup> secondaire, diplôme d'études secondaire, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires.

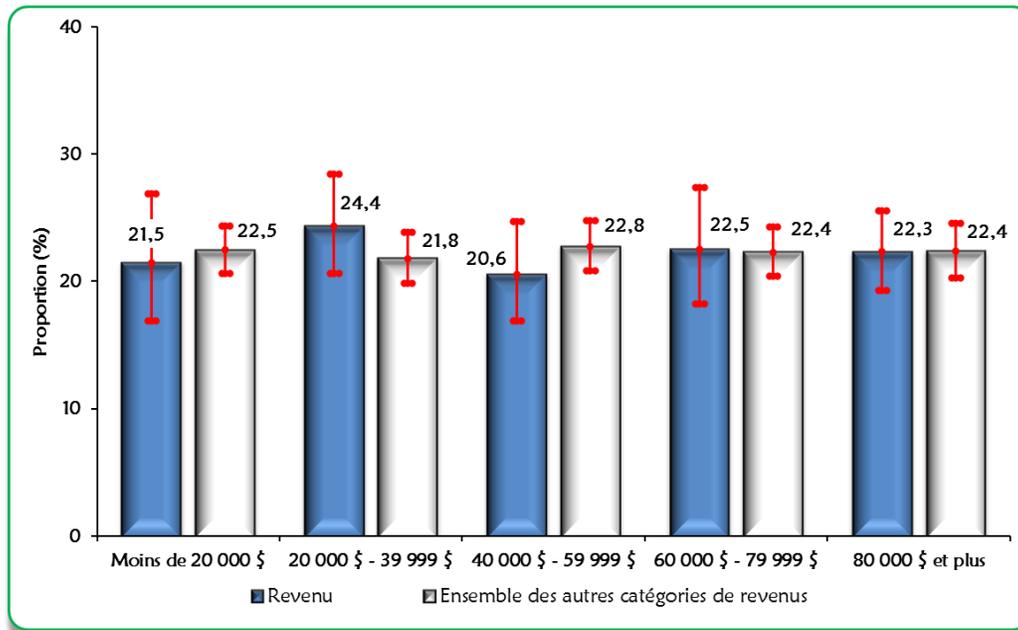
La troisième variable, soit l'occupation, est divisée en cinq catégories : travailleur(euse), étudiant(e), personne sans emploi, retraité(e), « Autre ». Cette dernière comprend notamment les personnes qui touchaient des prestations d'accident du travail, une rente d'invalidité, des indemnités de la CSST, de la SAAQ ou celles en congé de maladie.

### 2.2.4.1 Selon le revenu

À l'échelle régionale, les données de l'enquête ne font pas ressortir de lien entre la prévalence de l'obésité et le niveau de revenu (figure 2; tableau 4B). Aucune variation significative n'est observée dans les territoires de RLS, sauf celui de la Haute-Côte-Nord où, en proportion, l'on trouve davantage de personnes obèses chez les ménages moins nantis financièrement (\*35 %) (tableau 4B) en regard de l'ensemble des autres catégories de revenus (20 %). La proportion la plus faible est enregistrée du côté des personnes vivant dans un ménage disposant d'un revenu annuel de 40 000 \$ à 60 000 \$ (\*13 %). Par contre, en Haute-Côte-Nord, les résidents avec ce niveau de revenu sont proportionnellement plus nombreux à faire de l'embonpoint (55 %) (tableau 4A) que le reste de la population de ce territoire (40 %). La Haute-Côte-Nord s'avère le seul territoire où l'on remarque une variation significative de l'embonpoint selon le revenu.

Par ailleurs, que ce soit dans l'ensemble de la région nord-côtière ou dans les territoires de RLS, les pourcentages d'individus qui ont un excédent de poids ne varient pas d'après le revenu déclaré (tableau 4C).

**Figure 2 Prévalence de l'obésité<sup>1</sup> selon le revenu du ménage, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**



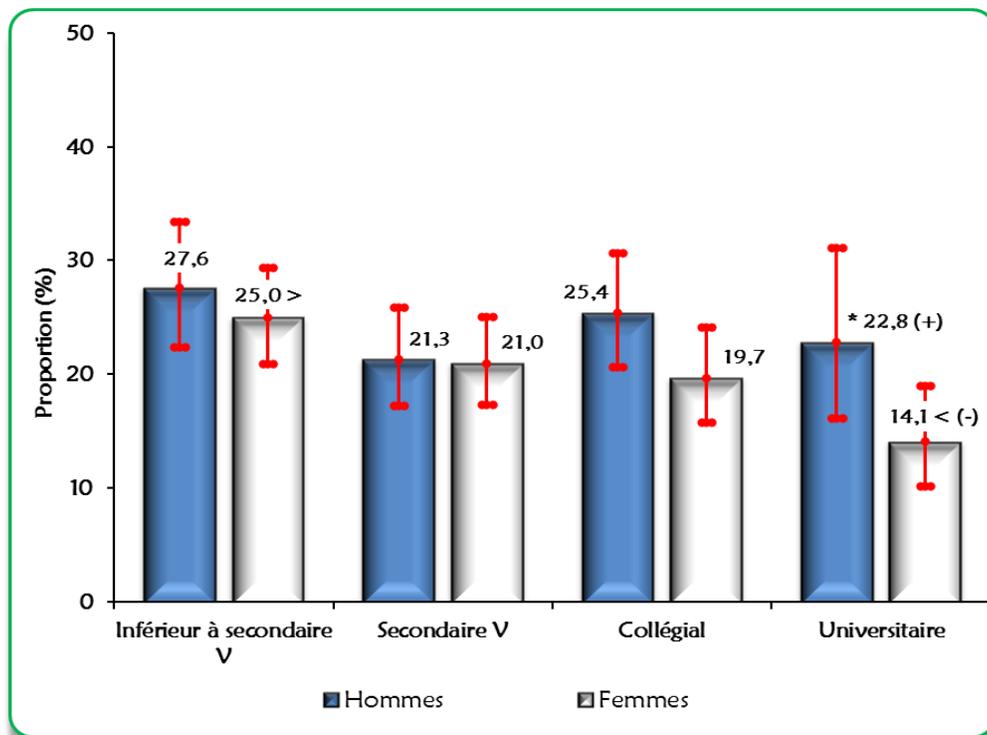
Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.  
1. IMC  $\geq$  30,0.

### 2.2.4.2 Selon la scolarité

Les données régionales et celles des RLS ne permettent pas de déceler de lien significatif entre l’embonpoint et le niveau de scolarité. Sur la Côte-Nord, l’on remarque tout de même que la prévalence de l’embonpoint tend à diminuer avec l’augmentation du niveau de scolarité, et ce, à partir du 5<sup>e</sup> secondaire (de 44 % à 36 %) (tableau 4A).

Globalement, les prévalences de l’obésité et du surplus de poids sont plus élevées chez les personnes les moins scolarisées. Parmi les personnes qui n’ont pas complété d’études secondaires, un peu plus d’une sur quatre est obèse (26 %) (tableau 4B) et près de sept sur dix affichent un excédent de poids (69 %) (tableau 4C). Inversement, les détenteurs d’un diplôme universitaire sont moins nombreux, en proportion, à faire de l’obésité (18 %) (tableau 4B) ou être en surplus de poids (54 %) (tableau 4C). Cette variation significative de l’obésité selon la scolarité s’observe chez les femmes, mais non chez les hommes; ce phénomène a aussi été rapporté ailleurs<sup>[77]</sup>. La proportion de femmes obèses est plus élevée chez celles qui n’ont pas complété d’études secondaires (25 %) comparativement aux femmes qui détiennent un diplôme universitaire (14 %) (figure 3A). Dans l’ensemble de la population, un modèle de régression logistique ajusté selon l’âge et le sexe démontre que les individus sans diplôme d’études secondaires ont une propension plus forte à faire de l’obésité (RC = 1,7) (tableau 5A) que les détenteurs d’un grade universitaire. Cette situation pourrait résulter d’habitudes de vie défavorables à la santé davantage présentes dans les milieux moins nantis financièrement.

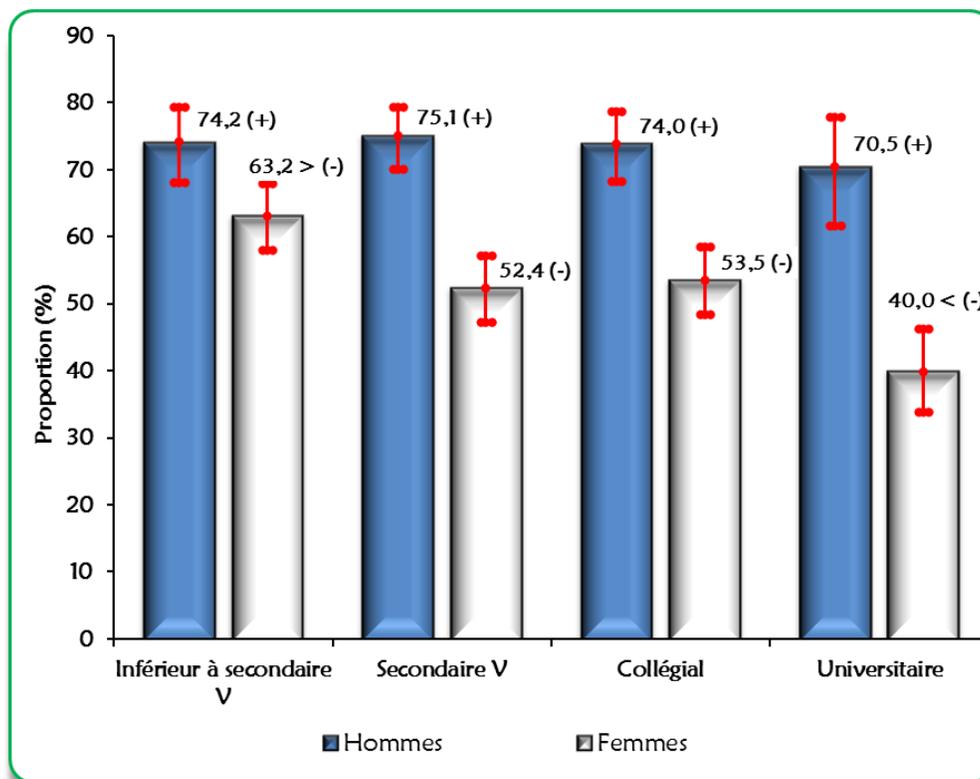
**Figure 3A Prévalence de l’obésité<sup>1</sup> selon le niveau de scolarité et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**



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 niveaux de scolarité pour le même sexe, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l’autre sexe, au seuil de 5 %.  
 \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.  
 1. IMC  $\geq$  30,0.

Comme l'illustre la figure 3B, contrairement aux hommes, chez les femmes, l'excès de poids varie selon la scolarité. Celles qui n'ont pas de diplôme secondaire sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une surcharge pondérale (63 %) que les diplômées universitaires (40 %). C'est aussi le cas des Nord-Côtières qui ont terminé leurs études secondaires (52 %) ou collégiales (54 %) par rapport aux universitaires. Les analyses de régression logistique, corrigées pour l'âge et le sexe, confirment que, dans l'ensemble de la population régionale, les personnes qui n'ont pas de diplôme universitaire sont plus susceptibles d'avoir un excédent de poids (RC = 1,8 à 1,6) (tableau 5B).

**Figure 3B Prévalence de l'excès de poids<sup>1</sup> selon le niveau de scolarité 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 niveaux de scolarité pour le même sexe, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 1. IMC  $\geq$  25,0.

### 2.2.4.3 Selon l'occupation

En regard du reste des Nord-Côtières, le tableau 4A montre que l'embonpoint est plus répandu chez les retraités (45 %), mais moins fréquent parmi les gens sans emploi (30 %). Ces derniers sont par contre davantage affectés par l'obésité (36 %) (tableau 4B) que le reste de résidents de la région (42 %). Le plus faible taux d'obésité se retrouve chez les étudiants (\*13 %) (tableau 4B). L'association significative entre l'occupation et l'obésité ne persiste que pour les personnes sans emploi après la prise en compte de l'âge et du sexe. En comparaison des retraités, la cote exprimant le risque d'être obèse est environ deux fois plus élevée pour les individus qui n'ont pas d'emploi (RC = 2,1) (tableau 5A).

### 2.2.5 Variations selon la présence de certaines maladies chroniques

Concernant l'embonpoint, l'enquête ne permet pas d'identifier des associations significatives avec l'hypertension ou le diabète (tableau 4A). Il en va tout autrement de l'obésité. Celle-ci s'avère plus courante chez les individus

souffrant d'hypertension (31 %) en comparaison des Nord-Côtiers dont la tension artérielle est normale (20 %). Il en va de même pour les diabétiques par rapport aux non-diabétiques (44 % c. 20 %) (tableau 4B).

Le lien entre l'obésité et ces deux maladies persiste quand on prend en compte les effets de l'âge et du sexe. Comparativement aux personnes qui ne font pas d'hypertension, la cote exprimant le risque de faire de l'obésité s'avère deux fois plus élevée chez celles qui ont reçu un diagnostic médical d'hypertension artérielle (RC = 2,0). Chez les diabétiques, cette cote est environ trois fois plus forte (RC = 3,3) que celle des non-diabétiques (tableau 5A).

D'après les résultats de l'enquête, la maladie cardiaque est associée à l'embonpoint et au surplus de poids, mais non à l'obésité (voir tableaux 4A, 4C et 4B respectivement). Ainsi, près de la moitié (49 %) des personnes atteintes d'une maladie cardiaque fait de l'embonpoint en comparaison de 41 % des autres Nord-Côtiers (tableau 4A). Les analyses bidimensionnelles montrent que l'excès de poids est aussi plus fréquent chez les individus cardiaques par rapport au reste de la population régionale (73 % c. 63 %) (tableau 4C). Toutefois, ce lien significatif disparaît lorsque l'on tient compte de l'âge et du sexe dans un modèle de régression logistique (RC = 1,2) (tableau 5B).

L'obésité et l'excès de poids sont liés à la perception de l'état de santé en général, ce qui n'est pas le cas de l'embonpoint. La surcharge pondérale touche environ 63 % des personnes qui évaluent leur santé en général comme étant excellente, très bonne ou bonne comparativement à 72 % de celles qui jugent leur santé comme passable ou mauvaise. De même, l'obésité est aussi plus fréquente chez les personnes qui ont une perception défavorable de leur état de santé en comparaison de celles qui voient leur santé sous un angle favorable (31 % c. 21 %) (données non présentées). Ces associations significatives persistent dans les modèles de régression logistique qui incluent aussi l'âge et le sexe (tableaux 5A et 5B).

## 2.2.6 Variations selon certaines habitudes de vie

### 2.2.6.1 Selon le statut tabagique

La prévalence de l'embonpoint chez les usagers quotidiens et occasionnels de la cigarette se compare, au plan statistique, à celle observée chez les non-fumeurs (40 % c. 42 %) (tableau 4A). L'obésité s'avère pour sa part plus fréquente chez les non-fumeurs que chez les fumeurs (24 % c. 18 %) (tableau 4B). Ce constat est conforme à d'autres observations<sup>[86, 87]</sup>. L'explication pourrait notamment résider dans le fait que l'usage de la nicotine accroîtrait la dépense énergétique et tendrait à réduire l'appétit<sup>[86]</sup>.

Nous avons tenté, dans des modèles de régression logistique, d'explorer davantage la relation entre le tabagisme et l'obésité en construisant une autre variable pour distinguer, parmi les non-fumeurs, ceux qui n'ont jamais fumé. De plus, en raison du risque élevé de rechute dans l'année suivant la cessation tabagique, pour les fins de cette analyse, nous avons choisi d'encore considérer comme fumeurs actuels les personnes qui, au moment de l'enquête, avaient arrêté de fumer depuis moins d'un an<sup>[88, 89]</sup>. Les individus qui avaient cessé depuis une période variant d'un an à moins de trois ans sont des ex-fumeurs récents. Un ancien fumeur désigne la personne qui ne fumait plus depuis trois ans et plus. Pour accroître la puissance statistique du test, nous avons regroupé en une seule catégorie les ex-fumeurs récents et les anciens fumeurs.

Selon le modèle brut, c'est-à-dire celui non ajusté, la cote exprimant le risque de faire de l'obésité s'avère plus faible chez les fumeurs actuels (RC = 0,7) en comparaison des personnes qui n'ont jamais fumé la cigarette. Après un ajustement considérant l'âge et le sexe, ce risque demeure toujours plus faible chez les fumeurs actuels (RC = 0,7) (tableau 5A). Il en est de même après un ajustement supplémentaire selon niveau de scolarité (RC = 0,6) (donnée non présentée). Cette propension significativement plus faible des fumeurs actuels à faire de l'obésité a aussi été observée ailleurs, notamment dans une étude européenne publiée en 1999<sup>[90]</sup>.

Concernant le surplus de poids, on remarque au tableau 4C qu'il s'avère plus fréquent chez les non-fumeurs que chez les usagers de la cigarette (66 % c. 57 %). Cependant, en regard des personnes qui n'ont jamais fumé, la cote exprimant le risque d'être en surcharge pondérale est moindre chez les fumeurs actuels (RC = 0,8) et plus forte

pour les ex-fumeurs récents/anciens fumeurs (RC = 1,3). Néanmoins, lorsque l'on considère les effets de l'âge et du sexe, il ressort que les fumeurs actuels s'avèrent un peu moins susceptibles d'avoir un surplus de poids (RC = 0,7) que les Nord-Côtiers n'ayant jamais fumé (tableau 5B).

Même si les fumeurs sont moins susceptibles d'être obèses que les non-fumeurs (18 % c. 24 %), il n'en demeure pas moins que près d'un usager de la cigarette sur cinq est obèse. Or, on sait que le tabagisme et l'obésité constituent d'importants facteurs de risque de certaines maladies chroniques. La coexistence de ces deux conditions accroît les risques de connaître d'importants problèmes de santé. Chiolero et des collègues rapportent les résultats d'une étude longitudinale conduite au Massachussetts selon lesquels l'espérance de vie des personnes obèses et fumeuses serait raccourcie d'environ 13 ans par rapport à celle des non-fumeurs de poids normal<sup>[86]</sup>.

### 2.2.6.2 Selon l'activité physique de loisir

Dans l'ESCN 2010, nous avons défini la sédentarité comme le fait d'avoir pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, selon une fréquence inférieure à une fois par semaine durant les 12 mois précédant l'enquête, nonobstant la dépense énergétique étant donné qu'aucune question ne permettait de l'évaluer. En contrepartie, nous avons qualifié « d'active », la personne qui s'est adonnée à ce type d'activité à raison d'au moins une fois par semaine et selon la durée mentionnée ci-dessus.

Sur la Côte-Nord en 2010, la prévalence de l'embonpoint ne varie pas significativement selon l'activité physique de loisir. En proportion, le nombre de Nord-Côtiers en embonpoint tend même à être légèrement un peu plus élevé chez les individus actifs (42 %) que chez les sédentaires (40 %) (tableau 4A). Par contre, l'obésité est plus fréquente chez les gens sédentaires (30 %) que chez les personnes actives (20 %) (tableau 4B). Même après la prise en considération de l'âge et du sexe, les personnes sédentaires sont plus susceptibles d'être obèses (RC = 1,7) (tableau 5A) que les individus actifs. L'association significative entre l'obésité et la sédentarité persiste (RC = 1,7) après l'inclusion d'autres facteurs comme la scolarité et le tabagisme (données non présentées).

Les résultats rapportés ne changent pas de manière significative si l'on conçoit de manière plus restrictive le fait d'être sédentaire ou actif. En effet, si l'on considère comme active durant ses loisirs la personne qui pratique une activité physique quatre fois ou plus par semaine, à raison d'au moins 20 à 30 minutes par séance, la proportion de gens en embonpoint chez les individus actifs passe alors à de 42 % à 41 %. La prévalence de l'embonpoint demeure aux environs de 40 % lorsque l'on évalue comme sédentaires les personnes qui ne font aucune activité physique de loisir ou qui en font une fois par mois en moyenne (données non présentées).

Selon cette deuxième classification, l'obésité passe de 30 % à 28 % chez les sédentaires. Parmi les gens actifs, le taux d'obésité passe alors de 20 % à 17 %. Ces écarts à la baisse ne doivent être vus que comme des tendances puisqu'elles ne sont pas significatives au plan statistique. Élément intéressant à souligner, l'analyse bidimensionnelle montre que, comparativement aux sédentaires, les gens « moyennement actifs » sont moins susceptibles d'être obèses que les Nord-Côtiers sédentaires (20 % c. 28 %). On parle dans ce cas de personnes actives durant leurs loisirs selon une fréquence de deux à trois fois par semaine. Cet écart significatif s'estompe cependant lorsque l'on intègre le sexe et l'âge dans un modèle de régression logistique. En contrepartie, par rapport aux Nord-Côtiers actifs, la cote exprimant le risque de faire de l'obésité s'avère plus forte chez les individus inactifs (RC = 1,9) ou qui font peu d'exercice physique durant les loisirs (RC = 2,0), et ce, indépendamment de l'âge, du sexe, de la scolarité et du statut tabagique (données non présentées).

### 2.2.6.3 Selon la consommation de repas non préparés à la maison

L'enquête comporte une question touchant la consommation de repas préparés hors de la maison. Les répondants étaient invités à spécifier à quelle fréquence par semaine ils prenaient un repas au restaurant, dans un casse-croûte, une cafétéria ou encore un repas livré à la maison ou à emporter chez-soi.

Les résultats ne révèlent aucun écart significatif de la prévalence de l'embonpoint ou de l'obésité selon la fréquence de consommation de ce type de repas (tableaux 4A et 4B). Par exemple, même si l'obésité tend à être un peu plus fréquente chez les gens qui en prennent de trois à sept fois par semaine par rapport à ceux qui en mangent rarement ou jamais (26 % c. 23 %) (tableau 4B), l'écart demeure insuffisant pour être statistiquement significatif.

## À RETENIR

Le tableau 5C synthétise les résultats discutés dans ce chapitre et présente, en termes plus concrets, les données statistiques présentées dans les tableaux 4B à 5B. Plus précisément, il fait ressortir les caractéristiques associées à un risque accru ou moindre de faire de l'obésité ou d'avoir un excès de poids. Ces caractéristiques doivent être considérées indépendamment les unes des autres. En d'autres mots, il n'est pas nécessaire de présenter chacun de ces traits pour avoir un risque augmenté d'être obèse ou en surcharge pondérale.

- En ce qui a trait plus spécifiquement 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 actuel (N'a jamais fumé).

**Tableau 4A Prévalence brute de l'embonpoint<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques socioéconomiques, d'état 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 <sup>5</sup>	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
<b>Population totale (n = 3 609)</b>			41,7	43,9	44,0	38,5	39,5	38,0	45,1	38,1
<b>Sexe</b>			p = 0,000	p = 0,002	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,224	p = 0,006	p = 0,132
Homme (n = 1 515)	√	r-CN	49,7 >	50,6 >	54,6 + >	46,2 >	46,8 >	40,6 -	54,1 >	41,5 -
Femme (n = 2 094)	√	r-CN	32,8 <	36,2 <	32,5 <	28,7 <	31,9 <	35,3	35,4 <	33,4
<b>Âge</b>			p = 0,000	p = 0,109	p = 0,139	p = 0,089	p = 0,001	p = 0,020	p = 0,518	p = 0,656
18 à 29 ans (n = 341)	√	r-CN	32,5 <	XX	* 32,3	* 25,1	36,6	* 23,0 <	XX	37,4
30 à 44 ans (n = 840)	√	r-CN	38,4	43,5	47,1 +	34,0	27,2 (-) <	32,6	48,7	42,6
45 à 64 ans (n = 1659)	√	r-CN	45,1 >	44,0	44,3	44,0	48,3 >	42,5	49,2	34,8 -
65 ans et plus (n = 743)	√	r-CN	45,7 >	52,9	48,6	41,4	40,5	45,0	* 38,2	XX
<b>Revenu du ménage</b>			p = 0,055	p = 0,001	p = 0,262	p = 0,366	p = 0,460	p = 0,434	p = 0,349	p = 0,288
Moins de 20 000 \$ (n = 398)	√	r-CN	37,5	* 27,4 - <	43,7	* 27,2	* 37,5	39,6	54,9	XX
20 000 \$ à 39 999 \$ (n = 751)	√	r-CN	39,4	47,0	37,1	43,4	36,7	34,0	44,3	XX
40 000 \$ à 59 999 \$ (n = 621)	√	r-CN	48,1	55,3 >	52,7	* 35,3 -	44,2	45,6	47,4	XX
60 000 \$ à 79 999 \$ (n = 481)	√	r-CN	41,0	51,3	43,7	* 34,7	34,4	33,8	* 46,0	XX
80 000 \$ et plus (n = 1 095)	√	r-CN	42,6	* 31,7 - <	46,3	41,2	44,0	37,9	* 31,1	39,4
<b>Scolarité</b>			p = 0,063	p = 0,557	p = 0,125	p = 0,212	p = 0,411	p = 0,416	p = 0,418	p = 0,674
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire (n = 954)	√	r-CN	42,5	40,6	47,2	35,0	39,6	42,7	41,8	* 49,0
Diplôme d'études secondaires (n = 1 108)	√	r-CN	44,3	42,3	47,7	44,7	40,7	39,6	52,8	38,1
Diplôme d'études collégiales (n = 960)	√	r-CN	41,6	48,8	43,4	33,2	41,7	32,9	* 44,2	36,5
Diplôme universitaire (n = 540)	√	r-CN	35,6	47,4 +	33,2	42,3	31,6	36,6	* 36,8	* 40,1
<b>Occupation principale<sup>2</sup></b>			p = 0,034	p = 0,233	p = 0,261	p = 0,143	p = 0,796	p = 0,424	p = 0,720	p = 0,633
Travailleur(euse) (n = 2 185)	√	r-CN	41,7	43,3	45,1	38,8	38,7	36,6	46,7	38,8
Étudiant(e) (n = 92)	√	r-CN	37,9	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Personne sans emploi (n = 284)	√	r-CN	30,4 <	* 32,8	* 26,7	* 27,9	* 31,1	* 30,9	XX	XX
Retraité(e) (n = 971)	√	r-CN	45,5 >	52,0	46,2	43,7	43,1	44,7	* 35,6	XX
Autre (n = 74)	√	r-CN	* 39,9	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
<b>Hypertension</b>			p = 0,104	p = 0,248	p = 0,068	p = 0,834	p = 0,646	p = 0,024	p = 0,470	p = 0,978
Oui (n = 849)	√	r-CN	44,8	48,8	51,1	39,3	37,8	48,2 >	41,5	* 38,0
Non (n = 2 741)	√	r-CN	40,9	42,7	42,0	38,2	40,2	35,6 - <	46,4	38,2
<b>Diabète</b>			p = 0,282	p = 0,692	p = 0,387	p = 0,329	p = 0,122	p = 0,569	p = 0,111	p = 0,162
Oui (n = 414)	√	r-CN	38,4	41,4	49,6 +	* 31,7	* 30,3	41,5	* 30,2	XX
Non (n = 3 189)	√	r-CN	42,0	44,2	43,6	38,9	40,4	37,7	46,0	38,9
<b>Maladie cardiaque</b>			p = 0,043	p = 0,005	p = 0,796	p = 0,009	p = 0,197	p = 0,065	p = 0,784	p = 0,212
Oui (n = 250)	√	r-CN	49,4 >	67,4 + >	* 42,1	59,2 >	* 51,2	51,9	XX	XX
Non (n = 3 342)	√	r-CN	41,2 <	42,2 <	44,1	36,8 <	39,0	36,7	45,4	38,6
<b>Tabagisme</b>			p = 0,239	p = 0,041	p = 0,420	p = 0,009	p = 0,411	p = 0,279	p = 0,348	p = 0,429
Oui (n = 909)	√	r-CN	39,6	35,7 <	47,1 +	29,0 - <	36,5	34,2	51,0	34,8
Non (n = 2 699)	√	r-CN	42,4	46,7 >	43,0	42,6 >	40,5	39,5	42,8	39,5
<b>Activité physique de loisir</b>			p = 0,230	p = 0,119	p = 0,928	p = 0,580	p = 0,468	p = 0,462	p = 0,176	p = 0,424
Sédentaire <sup>3</sup> (n = 1 030)	√	r-CN	39,6	38,6	44,1	36,4	36,8	35,3	38,4	* 24,0
Actif (n = 2 564)	√	r-CN	42,4	46,5	43,7	39,3	40,4	38,7	47,7	39,2
<b>Repas non préparé à la maison<sup>4</sup></b>			p = 0,782	p = 0,634	p = 0,258	p = 0,116	p = 0,387	p = 0,402	p = 0,226	p = 0,355
Une à deux fois par semaine (n = 1 383)	√	r-CN	40,9	46,8	41,0	43,9	36,5	42,4	* 52,2	41,2
Trois à sept fois par semaine (n = 351)	√	r-CN	42,6	* 40,3	51,6 +	* 28,0 -	40,8	* 37,5	XX	XX
Jamais ou rarement (n = 1 870)	√	r-CN	42,3	42,7	45,1	37,0	42,7	35,6 -	44,7	36,5

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

- Indice de masse corporelle (IMC : 25,0 - 29,0). La prévalence n'est pas ajustée par l'âge.
  - 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.
  - 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.
  - Fréquence hebdomadaire habituelle de consommation de repas au restaurant, dans un casse-croûte, une cafétéria ou de repas livré à la maison où à emporter chez-soi.
  - Les populations vivant dans les réserves autochtones ne sont pas incluses dans l'Enquête Santé Côte-Nord.
- (+) (-) 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 7 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).
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- 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.

**Tableau 4B Prévalence brute de l'obésité<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques socioéconomiques, d'état 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 <sup>5</sup>	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Capitoténu
<b>Population totale (n = 3 609)</b>			22,3	22,4	19,3 -	26,6 +	22,3	24,5	31,4 (+)	24,2
<b>Sexe</b>			p = 0,028	p = 0,938	p = 0,964	p = 0,354	p = 0,002	p = 0,402	p = 0,263	p = 0,021
Homme (n = 1 515)	√	r-CN	24,0 >	22,6	19,4 -	28,3	27,4 >	26,1	* 27,9	28,8 >
Femme (n = 2 094)	√	r-CN	20,3 <	22,3	19,2	24,4	16,9 <	22,9	35,1 (+)	* 17,9 <
<b>Âge</b>			p = 0,285	p = 0,081	p = 0,627	p = 0,109	p = 0,029	p = 0,659	p = 0,646	p = 0,000
18 à 29 ans (n = 341)	√	r-CN	19,5	XX	* 15,1	* 37,9 +	* 13,7 +	* 20,1	XX	* 12,9 <
30 à 44 ans (n = 840)	√	r-CN	24,3	* 17,7	* 20,0	* 27,1	30,1	* 28,8	* 25,3	* 19,2
45 à 64 ans (n = 1659)	√	r-CN	23,2	24,6	21,5	21,1	21,9	24,4	34,9 (+)	36,1 (+) >
65 ans et plus (n = 743)	√	r-CN	20,5	* 16,0	* 18,1	30,1 +	* 20,4	* 23,2	* 33,7 +	XX
<b>Revenu du ménage</b>			p = 0,755	p = 0,006	p = 0,352	p = 0,195	p = 0,377	p = 0,406	p = 0,494	p = 0,461
Moins de 20 000 \$ (n = 398)	√	r-CN	21,5	* 34,9 + >	* 14,7	* 38,0 +	** 13,2	* 27,1	** 17,3	∅
20 000 \$ à 39 999 \$ (n = 751)	√	r-CN	24,4	* 17,8	25,7	* 17,1	27,3	26,9	* 27,8	XX
40 000 \$ à 59 999 \$ (n = 621)	√	r-CN	20,6	* 12,8 - <	* 16,3	* 28,4	* 24,0	* 19,8	* 33,7 +	XX
60 000 \$ à 79 999 \$ (n = 481)	√	r-CN	22,5	* 20,6	* 19,3	* 28,4	* 23,8	* 32,3	* 31,1	XX
80 000 \$ et plus (n = 1 095)	√	r-CN	22,3	* 30,3	* 18,0	27,2	21,5	* 22,9	* 38,0	24,5
<b>Scolarité</b>			p = 0,026	p = 0,283	p = 0,578	p = 0,528	p = 0,628	p = 0,264	p = 0,267	p = 0,728
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire (n = 954)	√	r-CN	26,3 >	27,9	22,1	29,4	26,1	28,3	39,2 +	* 28,7
Diplôme d'études secondaires (n = 1 108)	√	r-CN	21,2	* 21,7	17,9	24,7	21,5	22,9	29,8	27,1
Diplôme d'études collégiales (n = 960)	√	r-CN	22,6	* 20,3	20,7	29,2	23,0	27,3	* 19,9	21,8
Diplôme universitaire (n = 540)	√	r-CN	17,9 <	* 16,1	* 15,4	* 20,0	* 18,3	* 17,2	** 32,6	* 24,2
<b>Occupation principale<sup>2</sup></b>			p = 0,000	p = 0,069	p = 0,016	p = 0,366	p = 0,599	p = 0,162	p = 0,247	p = 0,301
Travailleur(euse) (n = 2 185)	√	r-CN	22,3	21,7	19,2	27,0	22,2	24,7	32,9	23,4
Étudiant(e) (n = 92)	√	r-CN	* 12,6 <	XX	XX	∅	XX	XX	∅	XX
Personne sans emploi (n = 284)	√	r-CN	35,6 >	* 38,4	* 39,8 >	* 31,9	* 30,8	* 41,3	XX	XX
Retraité(e) (n = 971)	√	r-CN	20,8	* 15,7	17,9	26,7	22,9	* 22,1	* 31,1 +	XX
Autre (n = 74)	√	r-CN	* 19,0	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
<b>Hypertension</b>			p = 0,000	p = 0,105	p = 0,187	p = 0,013	p = 0,000	p = 0,992	p = 0,003	p = 0,000
Oui (n = 849)	√	r-CN	30,9 >	27,8	23,7 -	35,9 >	36,1 >	* 24,7	45,7 (+) >	49,1 + >
Non (n = 2 741)	√	r-CN	20,1 <	20,5	18,5	23,6 <	19,1 <	24,7 +	26,4 <	20,5 <
<b>Diabète</b>			p = 0,000	p = 0,000	p = 0,028	p = 0,001	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,001	p = 0,000
Oui (n = 414)	√	r-CN	43,8 >	43,0 >	* 30,7 -	49,6 >	49,7 >	47,4 >	59,9 >	XX
Non (n = 3 189)	√	r-CN	20,4 <	20,5 <	18,4	25,0 + <	19,4 <	21,9 <	29,5 (+) <	21,7 <
<b>Maladie cardiaque</b>			p = 0,787	p = 0,010	p = 0,097	p = 0,302	p = 0,732	p = 0,690	p = 0,741	p = 0,095
Oui (n = 250)	√	r-CN	23,2	** 6,4	* 28,8	** 19,3	** 19,5	* 22,0	XX	XX
Non (n = 3 342)	√	r-CN	22,2	23,3	18,5 (-)	27,2 +	22,3	24,7	31,1 (+)	23,6
<b>Tabagisme</b>			p = 0,004	p = 0,843	p = 0,098	p = 0,293	p = 0,095	p = 0,002	p = 0,711	p = 0,141
Oui (n = 909)	√	r-CN	17,8 <	* 21,7	* 14,2	* 23,0	* 16,9	* 14,7 <	* 29,1	* 18,9
Non (n = 2 699)	√	r-CN	23,8 >	22,7	20,9 -	28,1	24,0	28,5 >	32,3 +	26,4
<b>Activité physique de loisir</b>			p = 0,000	p = 0,041	p = 0,007	p = 0,284	p = 0,014	p = 0,004	p = 0,033	p = 0,082
Sédentaire <sup>3</sup> (n = 1 030)	√	r-CN	29,6 >	29,0 >	26,5 >	30,2	30,4 >	33,1 >	41,4 + >	* 32,1
Actif (n = 2 564)	√	r-CN	19,7 <	19,0 <	16,6 - <	25,0 +	20,1 <	20,8 <	27,6 + <	22,2
<b>Repas non préparé à la maison<sup>4</sup></b>			p = 0,184	p = 0,149	p = 0,562	p = 0,023	p = 0,672	p = 0,172	p = 0,909	p = 0,667
Une à deux fois par semaine (n = 1 383)	√	r-CN	20,7	17,1	17,7	23,7	23,9	20,6	* 29,7	25,2
Trois à sept fois par semaine (n = 351)	√	r-CN	25,7	* 24,2	* 22,9	* 42,7 +	* 22,5	* 33,8	XX	XX
Jamais ou rarement (n = 1 870)	√	r-CN	22,9	26,2	20,0	24,4	20,3	24,9	32,3 (+)	22,2

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

- Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 30,0$ . La prévalence n'est pas ajustée pour l'âge.
  - 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.
  - 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.
  - Fréquence hebdomadaire habituelle de consommation de repas au restaurant, dans un casse-croûte, une cafétéria ou de repas livré à la maison où à emporter chez-soi.
  - Les populations vivant dans les réserves autochtones ne sont pas incluses dans l'Enquête Santé Côte-Nord.
- (+) (-) Pour une catégorie donnée, ces symboles indiquent une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur 7 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-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- \*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise présentée à titre indicatif seulement.
- 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.
- ∅ Cellule vide.

**Tableau 4C Prévalence brute du surplus de poids<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques socioéconomiques, d'état 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 <sup>5</sup>	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Camipiscou
<b>Population totale (n = 3 609)</b>			64,0	66,3	63,3	65,0	61,8	62,5	76,4 (+)	62,4
<b>Sexe</b>			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 <
<b>Âge</b>			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 = 1 659)	√	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
<b>Revenu du ménage</b>			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
<b>Scolarité</b>			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 <sup>e</sup> 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	62,2	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
<b>Occupation principale<sup>2</sup></b>			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
<b>Hypertension</b>			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 <
<b>Diabète</b>			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 <
<b>Maladie cardiaque</b>			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
<b>Tabagisme</b>			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 >
<b>Activité physique de loisir</b>			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 <sup>3</sup> (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
<b>Repas non préparé à la maison<sup>4</sup></b>			p = 0,082	p = 0,584	p = 0,043	p = 0,362	p = 0,800	p = 0,324	p = 0,123	p = 0,331
Une à deux fois par semaine (n = 1 383)	√	r-CN	61,6	63,9	58,7	67,5	60,4	63,1	82,0 (+)	66,4
Trois à sept fois par semaine (n = 351)	√	r-CN	68,3	64,5	74,6	70,6	63,3	71,4	XX	XX
Jamais ou rarement (n = 1 870)	√	r-CN	65,2	68,9	65,1	61,5	63,0	60,5	77,0 (+)	58,7

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

- Indice de masse corporelle (IMC) >= 25,0. La prévalence n'est pas ajustée pour l'âge.
  - 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.
  - 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.
  - Fréquence hebdomadaire habituelle de consommation de repas au restaurant, dans un casse-croûte, une cafétéria ou de repas livré à la maison où à emporter chez-soi.
  - Les populations vivant dans les réserves autochtones ne sont pas incluses dans l'Enquête Santé Côte-Nord.
- (+) (-) Pour une catégorie donnée, ces symboles indiquent une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur 7 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-côtière (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.
- NOTE : En raison des arrondis, il se peut que la proportion de personnes en surplus de poids diffère légèrement de la somme des personnes en embonpoint ou obèses.

**Tableau 5A Rapports de cotes reliant l'obésité<sup>1</sup> et certaines caractéristiques de la population nord-côtière, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>				
Homme	<b>1,2</b>	[1,0 ; 1,5]	<b>1,2</b>	[1,0 ; 1,5]
Femme <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Âge</b>				
18 à 29 ans	0,9	[0,6 ; 1,4]	0,9	[0,6 ; 1,4]
30 à 44 ans	1,2	[0,9 ; 1,7]	1,2	[0,9 ; 1,7]
45 à 64 ans	1,2	[0,9 ; 1,5]	1,2	[0,9 ; 1,5]
65 ans et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>RLS de résidence</b>				
Haute-Côte-Nord	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,9]	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,9]
Manicouagan	<b>0,5</b>	[0,4 ; 0,7]	<b>0,5</b>	[0,4 ; 0,8]
Port-Cartier	0,8	[0,6 ; 1,1]	0,8	[0,6 ; 1,2]
Sept-Îles	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,9]	<b>0,6</b>	[0,5 ; 0,9]
Canicapiscau	0,7	[0,5 ; 1,0]	0,7	[0,5 ; 1,0]
Minganie	0,7	[0,5 ; 1,0]	0,7	[0,5 ; 1,0]
Basse-Côte-Nord <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité</b>				
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	<b>1,6</b>	[1,2 ; 2,3]	<b>1,7</b>	[1,2 ; 2,5]
Diplôme d'études secondaires	1,2	[0,9 ; 1,7]	1,2	[0,9 ; 1,7]
Diplôme d'études collégiales	1,3	[1,0 ; 1,9]	1,3	[0,9 ; 1,8]
Diplôme universitaire <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Occupation</b>				
Travailleur(euse)	1,1	[0,9 ; 1,4]	1,0	[0,7 ; 1,3]
Étudiant(e)	0,6	[0,3 ; 1,1]	0,5	[0,2 ; 1,2]
Personne sans emploi	<b>2,1</b>	[1,5 ; 3,0]	<b>2,1</b>	[1,3 ; 3,1]
Retraité(e) <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
Autre <sup>2</sup>	0,9	[0,4 ; 1,8]	0,8	[0,4 ; 1,7]
<b>Tabagisme</b>				
Fumeur actuel <sup>3</sup>	<b>0,7</b>	[0,5 ; 0,9]	<b>0,7</b>	[0,5 ; 0,9]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	1,1	[0,8 ; 1,3]	1,1	[0,8 ; 1,3]
N'a jamais fumé <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir</b>				
Sédentaire <sup>4</sup>	<b>1,7</b>	[1,4 ; 2,1]	<b>1,7</b>	[1,4 ; 2,1]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Perception de l'état de santé en général</b>				
Excellente, très bonne, bonne <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
Passable, mauvaise	<b>1,7</b>	[1,3 ; 2,2]	<b>1,8</b>	[1,3 ; 2,3]
<b>Hypertension artérielle</b>				
Oui	<b>1,8</b>	[1,4 ; 2,2]	<b>2,0</b>	[1,6 ; 2,5]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Diabète</b>				
Oui	<b>3,0</b>	[2,3 ; 4,0]	<b>3,3</b>	[2,5 ; 4,4]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...

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

1. Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 30,0$ . L'autre catégorie de la variable est composée des personnes non-obèses.

2. 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. La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » désigne les personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.

4. 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.

† Renvoi à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

†† Le rapport de cotes est ajusté pour tenir compte de l'effet de l'âge et du sexe. Au regard du sexe, le rapport de cotes est ajusté pour l'âge. Le rapport de cotes de l'âge est corrigé pour le sexe.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 5B Rapports de cotes reliant le surplus de poids<sup>1</sup> et certaines caractéristiques de la population nord-côtière, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>				
Homme	<b>2,5</b>	[2,1 ; 3,0]	<b>2,6</b>	[2,2 ; 3,1]
Femme <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Âge</b>				
18 à 29 ans	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,8]	<b>0,5</b>	[0,4 ; 0,7]
30 à 44 ans	0,9	[0,7 ; 1,1]	0,8	[0,6 ; 1,1]
45 à 64 ans	1,1	[0,9 ; 1,4]	1,1	[0,8 ; 1,3]
65 ans et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>RLS de résidence</b>				
Haute-Côte-Nord	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,9]	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,8]
Manicouagan	<b>0,5</b>	[0,4 ; 0,8]	<b>0,5</b>	[0,3 ; 0,7]
Port-Cartier	<b>0,6</b>	[0,4 ; 0,8]	<b>0,5</b>	[0,4 ; 0,8]
Sept-Îles	<b>0,5</b>	[0,3 ; 0,7]	<b>0,5</b>	[0,3 ; 0,7]
Canicapiscau	<b>0,5</b>	[0,3 ; 0,8]	<b>0,5</b>	[0,3 ; 0,8]
Minganie	<b>0,5</b>	[0,4 ; 0,7]	<b>0,5</b>	[0,3 ; 0,7]
Basse-Côte-Nord <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité</b>				
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	<b>1,9</b>	[1,4 ; 2,5]	<b>1,8</b>	[1,3 ; 2,4]
Diplôme d'études secondaires	<b>1,6</b>	[1,3 ; 2,1]	<b>1,5</b>	[1,2 ; 2,0]
Diplôme d'études collégiales	<b>1,6</b>	[1,2 ; 2,0]	<b>1,6</b>	[1,2 ; 2,1]
Diplôme universitaire <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Occupation</b>				
Travailleur(euse)	0,9	[0,7 ; 1,1]	1,0	[0,8 ; 1,3]
Étudiant(e)	0,5	[0,3 ; 0,9]	0,8	[0,5 ; 1,5]
Personne sans emploi	1,0	[0,7 ; 1,4]	1,4	[1,0 ; 2,1]
Retraité(e) <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
Autre <sup>2</sup>	0,7	[0,4 ; 1,3]	0,7	[0,4 ; 1,2]
<b>Tabagisme</b>				
Fumeur actuel <sup>3</sup>	<b>0,8</b>	[0,6 ; 1,0]	<b>0,7</b>	[0,6 ; 0,9]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	<b>1,3</b>	[1,0 ; 1,6]	1,1	[0,9 ; 1,4]
N'a jamais fumé <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir</b>				
Sédentaire <sup>4</sup>	<b>1,4</b>	[1,1 ; 1,7]	<b>1,3</b>	[1,1 ; 1,6]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Perception de l'état de santé en général</b>				
Excellente, très bonne, bonne <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
Passable, mauvaise	<b>1,5</b>	[1,2 ; 1,9]	<b>1,3</b>	[1,0 ; 1,7]
<b>Maladie cardiaque</b>				
Oui	<b>1,5</b>	[1,1 ; 2,2]	1,2	[0,8 ; 1,8]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Hypertension artérielle</b>				
Oui	<b>2,0</b>	[1,6 ; 2,5]	<b>1,9</b>	[1,5 ; 2,4]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Diabète</b>				
Oui	<b>2,8</b>	[2,0 ; 3,8]	<b>2,6</b>	[1,8 ; 3,6]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...

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

1. Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq$  25,0. L'autre catégorie de la variable est composée des personnes de poids normal ou insuffisant.

2. 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. La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » désigne les personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.

4. 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.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

†† Le rapport de cotes est ajusté pour tenir compte de l'effet de l'âge et du sexe. Au regard du sexe, le rapport de cotes est ajusté pour l'âge. Le rapport de cotes de l'âge est corrigé pour le sexe.

... N'ayant pas lieu de figurer.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 5C Synthèse des associations<sup>1</sup> entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le poids corporel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

Ensemble de la population	
<b>Risque plus élevé de faire de l'obésité<sup>2,3</sup></b>	
Caractéristiques sociodémographiques	Homme (Femme)
Caractéristiques socioéconomiques	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)
<b>Risque plus élevé d'être en surplus de poids<sup>2,3</sup></b>	
Caractéristiques sociodémographiques	Homme (Femme)
Caractéristiques socioéconomiques	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)
<b>Risque moins élevé de faire de l'obésité<sup>2,3</sup></b>	
Caractéristiques sociodémographiques	RLS de la Haute-Côte-Nord, RLS de Manicouagan, RLS de Sept-Îles (RLS de la Basse-Côte-Nord)
Caractéristiques socioéconomiques	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
<b>Risque moins élevé d'être en surplus de poids<sup>2,3</sup></b>	
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 socioéconomiques	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., Hamel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois*. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec, 24 p. (tableau 2, page 18).

1. Selon les analyses de régression logistique présentées dans les tableaux 5A et 5B. 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 en surcharge pondérale (embonpoint + obésité) (versus celui de ne pas l'être). Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de l'âge et du sexe. Lorsque l'une des caractéristiques constitue aussi une des variables contrôle, les rapports de cotes sont ajustés selon l'autre facteur. Par ailleurs, lorsque l'on parle d'une association significative, on ne peut pas nécessairement en déduire une relation de cause à effet. La nature même de l'ESCN 2010 ne permet pas de tirer ce genre de conclusion.
  2. Obésité : catégorie de référence (personnes non-obèses); surplus de poids : catégorie de référence (personnes de poids normal ou insuffisant).
  3. 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 >= 30,0) ou d'avoir un surplus de poids (IMC >= 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.



## CHAPITRE 3 : SANTÉ PHYSIQUE, PSYCHOSOCIALE ET HABITUDES DE VIE DES PERSONNES OBÈSES

Ce chapitre vise, en premier lieu, à contraster très brièvement les personnes qui font de l'obésité et les Nord-Côtiers affichant un poids normal au regard des problèmes chroniques suivants : asthme, diabète, hypertension et maladie cardiaque. Nous présentons aussi les résultats d'une mesure générale de l'état de santé en général : la perception de l'état de santé. Deux problèmes non spécifiques de santé mentale sont aussi abordés : la détresse psychologique et le stress ressenti dans la vie quotidienne.

### 3.1 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

#### 3.1.1 Asthme

Dans l'ESCN 2010, les questions relatives à l'asthme sont intégrées dans le bloc de questions sur les maladies chroniques. Le problème de santé devait avoir duré ou devrait avoir duré six mois ou plus et avoir été formellement diagnostiqué par un médecin. Au tout début du bloc sur les maladies chroniques, l'intervieweur devait rassurer le répondant sur la nature confidentielle de ses réponses et lui spécifier que ces dernières seraient analysées que globalement avec celles de l'ensemble des répondants.

Selon l'ESCN 2010, environ 11 % de la population adulte régionale vivant en ménage privé est atteinte d'asthme, ce qui représente quelque 7 500 personnes. L'analyse bidimensionnelle montre que, toutes proportions gardées, l'asthme est plus répandu chez les personnes obèses (15 %) que parmi celles de poids normal (10 %) (figure 4). Le lecteur doit garder en tête qu'il s'agit d'une donnée autodéclarée. Aucune validation externe indépendante n'a été effectuée pour confirmer qu'un diagnostic d'asthme avait bel et bien été fait par un médecin.

Dans un modèle non corrigé, l'analyse de régression logistique révèle que les Nord-Côtiers atteints d'obésité sont plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic d'asthme (RC = 1,6) que ceux ayant un poids normal. Ce risque reste significativement plus élevé dans un dernier modèle corrigé en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité physique de loisir et du statut tabagique (RC = 1,9) (données non présentées).

Une analyse séparée pour chacun des sexes permet de constater que l'accroissement du risque, une fois l'âge pris en compte, ne se vérifie que chez les hommes (RC = 3,2). Dans le cas des femmes obèses, comparativement à celles de poids normal, l'on obtient une cote qui tend à être un peu plus élevée (RC = 1,3), mais elle n'est pas statistiquement significative (tableau 6).

#### 3.1.2 Hypertension artérielle

Plusieurs recherches rapportent que l'obésité engendre un risque important de développer diverses maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle<sup>[5-9]</sup> par le biais de divers mécanismes physiologiques<sup>[7, 91]</sup>. Dans un article publié en 2007, Wei Luo et ses collègues estimaient que l'obésité expliquait 45 % des cas d'hypertension artérielle au Canada en 2004. Selon ces auteurs, en regard des personnes non obèses, les personnes atteintes d'obésité étaient de 2 à 6 fois plus susceptibles de faire de l'hypertension<sup>[13]</sup>. Les niveaux d'hypertension auraient tendance à s'accroître en fonction de la hausse du poids corporel<sup>[92]</sup>.

En 2010, la prévalence brute de l'hypertension artérielle sur la Côte-Nord se situe à 20 % environ, soit quelque 13 000 personnes vivant en ménage privé. Les résultats de l'ESCN montrent que plus du quart (28 %) des personnes obèses souffrent d'hypertension; cette proportion surpasse celle enregistrée chez les Nord-Côtiers présentant un poids normal (14 %) (figure 4). Lorsque les effets de l'âge et du sexe sont pris en compte, la cote exprimant le risque d'hypertension est environ deux fois et demie plus élevée chez les personnes obèses (RC = 2,5) que chez les résidents ayant un poids normal. Des corrections supplémentaires pour la scolarité et l'activité

physique de loisir n'ont pas modifié de manière significative la force de la relation entre l'obésité et l'hypertension (RC = 2,3) (données non présentées).

Si l'on ne contrôle que pour l'âge et que l'on procède à des analyses selon le sexe, on s'aperçoit que l'accroissement du risque d'hypertension, parmi la population obèse en regard de celle affichant un poids santé, se vérifie autant chez les hommes (RC = 2,4) que chez les femmes (2,6) (tableau 6).

### 3.1.3 Diabète

Le diabète est une maladie chronique grave qui se caractérise par une concentration élevée de sucre dans le sang<sup>[93]</sup>. Cette maladie résulte de l'incapacité totale ou presque du corps de produire de l'insuline (type 1) ou d'utiliser adéquatement celle que le pancréas sécrète (type 2)<sup>[2, 93-95]</sup>.

Le diabète de type 1 est généralement diagnostiqué chez les enfants et les jeunes adultes. Ses causes exactes sont mal connues, mais des recherches pointent vers le système immunitaire de l'organisme qui attaquerait et détruirait les cellules bêta du pancréas qui produisent l'insuline<sup>[96]</sup>. Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les personnes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses et chez les individus sédentaires<sup>[1-3]</sup>. Le risque s'accroît en fonction de l'importance du surplus de poids, de la durée de l'obésité et de l'accumulation de graisse abdominale<sup>[14, 97]</sup>. Les adultes obèses seraient de deux à quatre fois plus susceptibles de développer un diabète de type 2 que les non-obèses<sup>[2]</sup>. Au Canada, on estime que l'obésité serait responsable de 61 % à 74 % des cas de diabète de type 2<sup>[18]</sup>.

D'après l'ESCN, en 2010, la prévalence brute du diabète se chiffre aux environs de 8 % de la population adulte nord-côtière vivant en ménage privé. Cette proportion correspond à quelque 5 400 personnes. Le diabète est associé à l'obésité. En effet, cette maladie s'avère plus fréquente chez les personnes obèses (15 %) que chez celles de poids normal (3,9 %) (figure 4).

Selon une première analyse de régression logistique, les Nord-Côtières obèses sont largement plus sujets à faire du diabète (RC = 4,5) que les résidents affichant un poids normal. Ce constat demeure valide lorsque l'influence de l'âge et du sexe est prise en compte (RC = 4,6). Une dernière correction pour inclure le statut tabagique et l'activité physique de loisir ne change pas les résultats (RC = 4,5) (données non présentées).

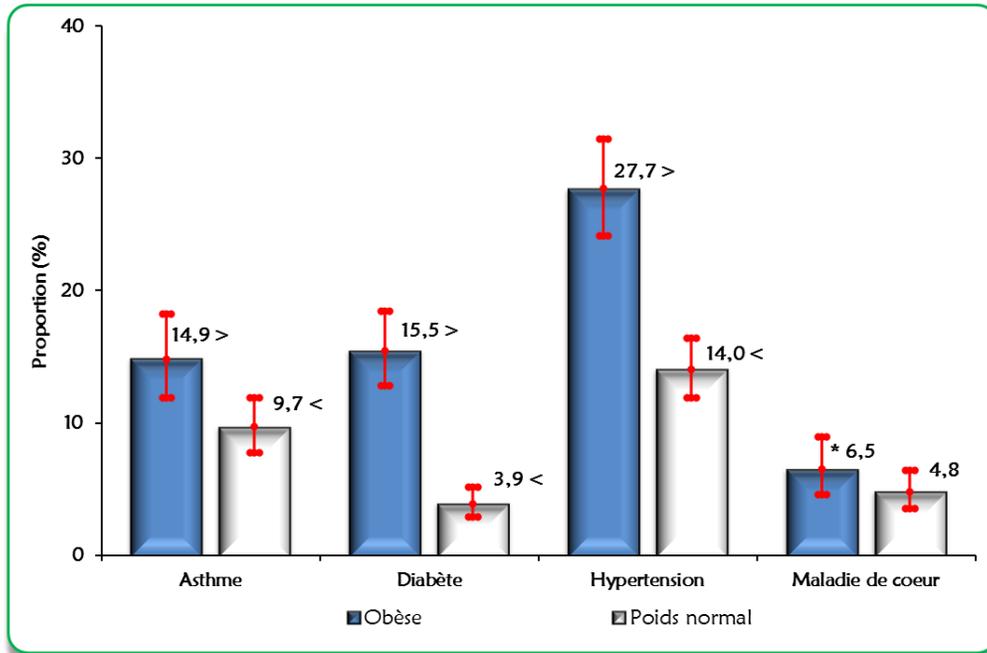
Enfin, des analyses distinctes par sexe, ajustées pour l'âge, montrent que la cote exprimant le risque de diabète est beaucoup plus forte chez les hommes obèses (RC = 5,1) par rapport à ceux de poids normal. Les femmes souffrant d'obésité s'avèrent également bien plus sujettes à vivre avec le diabète (RC = 4,4) que leurs consœurs affichant un poids normal (tableau 6).

### 3.1.4 Maladies du cœur

Il a été démontré que l'obésité constitue un facteur de risque de survenue de maladies cardiovasculaires<sup>[9, 98-101]</sup>. Elle est aussi associée à un accroissement du risque de mortalité prématurée causée, entre autres, par les maladies du cœur<sup>[51, 102]</sup>.

Selon l'ESCN 2010, environ 4 300 personnes vivant en ménage privé seraient atteintes d'une maladie cardiaque sur la Côte-Nord. Ce nombre représente environ 6 % de la population adulte régionale. Aucune différence significative de la prévalence de la maladie cardiaque n'a été détectée entre les personnes obèses (\*7 %) et celles ayant un poids normal (4,8 %) (figure 4).

**Figure 4 Prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes obèses<sup>1</sup> et de poids normal<sup>2</sup>, 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'autre groupe, au seuil de 5 %.

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

1. IMC  $\geq 30,0$ .

2. IMC : 18,5 – 24,9.

### 3.1.5 Perception de l'état de santé

Les réponses à la question relative à la perception de l'état de santé en général ont été combinées en deux catégories : la première regroupe la population qui estime son état de santé comme excellent, très bon ou bon; la seconde catégorie comprend les gens qui évaluent leur santé comme mauvaise ou passable. Cet indicateur est considéré comme une mesure faible et valide de la santé de la population. La plupart des enquêtes populationnelles sur la santé comprennent une question demandant aux répondants d'évaluer leur état de santé en général selon une échelle allant très bonne à passable ou mauvaise<sup>[103]</sup>. Selon Shields et Shooshtari, des analyses longitudinales auraient entre autres démontré que cet indicateur a une capacité prédictive de l'incidence des problèmes chroniques de santé, de l'utilisation des services médicaux, et ce, même en tenant des mesures plus objectives de l'état de santé<sup>[103]</sup>. Les mêmes auteurs rapportent les résultats de certaines études selon lesquelles les évaluations positives reflèteraient une vision globale de la santé, qui va au-delà de la dimension physique, tandis que les évaluations négatives seraient surtout associées à des problèmes physiques<sup>[103]</sup>.

Les données de l'enquête révèlent une association entre l'obésité et la perception de l'état de santé. Les personnes obèses sont plus susceptibles de percevoir leur état de santé comme passable ou mauvais (16 %) que les Nord-Côtiens qui ont un poids normal (8 %) (données non présentées). La cote qui exprime le risque que les personnes obèses évaluent négativement leur état de santé se révèle un peu plus de deux fois plus élevée (RC = 2,2) comparativement aux individus affichant un poids normal. Cette cote demeure plus forte, même après un ajustement pour considérer les effets de l'âge, du sexe, du statut tabagique et de l'activité physique de loisir (données non présentées).

Nous avons voulu vérifier si ce lien pouvait s'expliquer par la présence d'une maladie chronique qui n'aurait pas été prise en considération dans les premiers modèles. Pour ce faire, nous avons construit d'autres modèles de régression logistiques, mais chez les adultes de 30 ans et plus. Les analyses effectuées montrent toujours une plus

grande probabilité de s'estimer en moins bonne santé lorsque l'on est obèse plutôt que de poids normal (RC = 2,0). Un ajustement selon les mêmes facteurs que ceux mentionnés ci-dessus ne modifie pas ces résultats (RC = 2,0). L'association entre l'obésité et une perception défavorable de l'état de santé se maintient même lorsque l'on tient compte du fait de souffrir d'au moins une maladie chronique. Par rapport aux Nord-Côtiers ayant un poids normal, la cote qui exprime ce risque reste donc significativement plus forte chez les personnes souffrant d'obésité, bien qu'elle tende à s'atténuer quelque peu (RC = 1,8). D'ailleurs, en considérant l'influence de l'âge, du sexe, du statut tabagique, de l'activité physique et de l'obésité, les malades chroniques sont plus sujets à voir leur santé comme passable ou mauvaise (RC = 2,3) que ceux n'ayant aucun problème chronique de santé (données non présentées).

Des modèles distincts selon le sexe, ajustés pour l'âge, démontrent que le lien significatif persiste pour les hommes et les femmes. Ainsi, la cote exprimant la possibilité de juger sa santé passable ou mauvaise est plus forte pour les femmes et hommes obèses (RC = 2,3 et 1,8) que leurs homologues de poids normal (tableau 6). Il convient cependant de souligner qu'une sous-estimation potentielle du taux d'obésité peut engendrer une surestimation du lien entre l'obésité et une perception défavorable de l'état de santé<sup>[104]</sup>. Nous avons vérifié cette hypothèse en ajoutant la sous-estimation du poids corporel comme facteur d'ajustement, en plus de l'âge. Une fois cette nouvelle variable prise en compte, les hommes obèses ne se démarquent plus significativement ( $p = 0,051$ ) de ceux de poids normal (données non présentées) bien que la même tendance demeure observable. Pour leur part, les femmes obèses demeurent toujours plus susceptibles de considérer défavorablement leur état de santé que celles de poids normal; la force de l'association s'avère quelque peu réduite pendant (donnée non présentée).

## 3.2 ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE

### 3.2.1 Détresse psychologique

L'ESCN 2010 ne permet pas d'établir la prévalence de la dépression au sein de la population nord-côtière. En fait, aucune question ne portait sur le fait d'avoir un reçu un diagnostic médical en ce sens. Cependant, il est possible d'utiliser une mesure non spécifique de la santé mentale d'une population. Dans le cadre de cette enquête, nous avons eu recours à l'échelle de détresse psychologique de Kessler<sup>17 [105]</sup>. Son utilité repose sur le fait qu'il permet d'estimer, au sein de divers groupes de personnes, la proportion de celles qui vivent certains symptômes émotionnels négatifs dont le nombre et la fréquence peuvent conduire à des syndromes de dépression ou d'anxiété<sup>[106]</sup>. Il convient de préciser que la détresse psychologique n'équivaut pas à un diagnostic clinique de dépression.

Dans la région, l'analyse bidimensionnelle révèle que même si les adultes nord-côtiers situés au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique tendent à être plus nombreux chez les personnes obèses que chez celles des personnes de poids normal (28 % c. 24 %), l'écart est insuffisant pour être déclaré statistiquement significatif. Les divers modèles de régression logistique testés ne permettent pas non plus de trouver un lien entre l'obésité et la détresse psychologique dans la population globale (données non présentées). Par contre, les femmes obèses sont plus sujettes que celles de poids normal de se retrouver dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (tableau 6).

### 3.2.2 Stress

Une question porte également sur le stress ressenti dans la vie quotidienne. Les répondants sont départagés en fonction du fait qu'ils jugent la plupart de leurs journées comme étant pas du tout à un peu stressantes ou assez à extrêmement stressantes. À la lumière des données de l'enquête, on ne remarque pas de différence significative

---

17. Fondé sur l'échelle à 6 items (K6) élaborée par Kessler. Les répondants étaient invités à se prononcer sur 6 questions touchant la fréquence à laquelle, au cours du mois précédant l'enquête, ils se sont sentis nerveux, désespérés, agités, si déprimés que plus rien ne pouvait les faire sourire, ont eu l'impression que tout leur demandait un effort ou, finalement, ont eu le sentiment d'être bons à rien. Le niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique correspond au dernier quintile de la distribution des scores obtenus, lequel comprend les 20 % de scores les plus élevés.

entre les personnes obèses et celles qui le sont pas au regard de leur perception du stress dans la vie quotidienne (environ 21 % dans les deux cas) (données non présentées).

### 3.3 QUELQUES HABITUDES DE VIE DES NORD-CÔTIERS ATTEINTS D'OBÉSITÉ

#### 3.3.1 Tabagisme

Nous avons déjà souligné au chapitre 2 que, dans l'ensemble de la population adulte, l'obésité s'avère moins fréquente chez les fumeurs quotidiens ou occasionnels (18 %) que chez les non-fumeurs (24 %) (tableau 4B). Inversement, on compte proportionnellement moins d'usagers de cigarettes parmi les individus obèses que chez les résidents nord-côtiers de poids normal (20 % c. 29 %) (figure 5). Cette différence significative s'observe autant du côté des femmes (18 % c. 26 %) que celui des hommes (22 % c. 35 %). La proportion de fumeurs parmi les femmes obèses ne diffère pas significativement de celle enregistrée chez les hommes (22 % c. 18 %) (données non présentées).

Dans l'ensemble de la population, un premier modèle non ajusté de régression logistique révèle que les personnes atteintes d'obésité sont moins susceptibles de fumer la cigarette que les Nord-Côtiers qui n'en font pas (RC = 0,7) (données non présentées). L'ajout de l'âge, du sexe ainsi que de l'activité physique de loisir dans un autre modèle ne modifie pas la relation significative entre l'obésité et l'usage de la cigarette (RC = 0,6) (données non présentées). Si l'on compare, cette fois, les individus obèses uniquement à ceux de poids normal, le même phénomène se dégage : la cote qui exprime le risque qu'une personne fume la cigarette à tous les jours ou occasionnellement est plus faible (RC = 0,6) dans la population obèse. Cette association subsiste après un ajustement avec les variables spécifiées précédemment (RC = 0,5) (données non présentées).

Compte tenu de l'âge, en comparaison des hommes nord-côtiers affichant un poids normal, ceux qui font de l'obésité sont moins sujets à fumer sur une base quotidienne ou occasionnelle (RC = 0,5). Le même constat peut être observé parmi les femmes obèses de la région par rapport à celles qui ont un poids normal (RC = 0,7) (tableau 6).

#### 3.3.2 Activité physique de loisir (sédentarité)

Selon l'analyse bidimensionnelle, la sédentarité durant les loisirs constitue une habitude plus répandue chez les individus obèses que ceux de poids normal (35 % c. 22 %) (figure 5), et ce, à la fois chez les hommes (33 % c. 22 %) et chez les femmes (38 % c. 23 %). Bien que les hommes obèses tendent à être un peu moins sédentaires que les femmes (33 % c. 38 %), cet écart n'est pas significatif au plan statistique (données non présentées).

En regard de l'ensemble des Nord-Côtiers non obèses, ceux qui font de l'obésité se montrent plus susceptibles d'être sédentaires (RC = 1,7). Cette constatation reste valide lorsque l'on tient compte de l'influence conjointe de l'âge, du sexe et du tabagisme dans un modèle de régression logistique (RC = 1,9). En outre, uniquement par rapport aux personnes affichant un poids normal, celles qui font de l'obésité ont une plus forte cote exprimant la probabilité d'être sédentaires durant les loisirs (RC = 1,9). L'association persiste après un ajustement selon l'âge, le sexe et le statut au regard de l'usage du tabac (RC = 1,9) (données non présentées).

Par rapport aux personnes qui affichent un poids normal, en considérant l'effet de l'âge, on remarque que la sédentarité s'observe davantage chez les hommes et les femmes obèses (RC = 1,7 et 2,1) (tableau 6).

#### 3.3.3 Consommation d'alcool

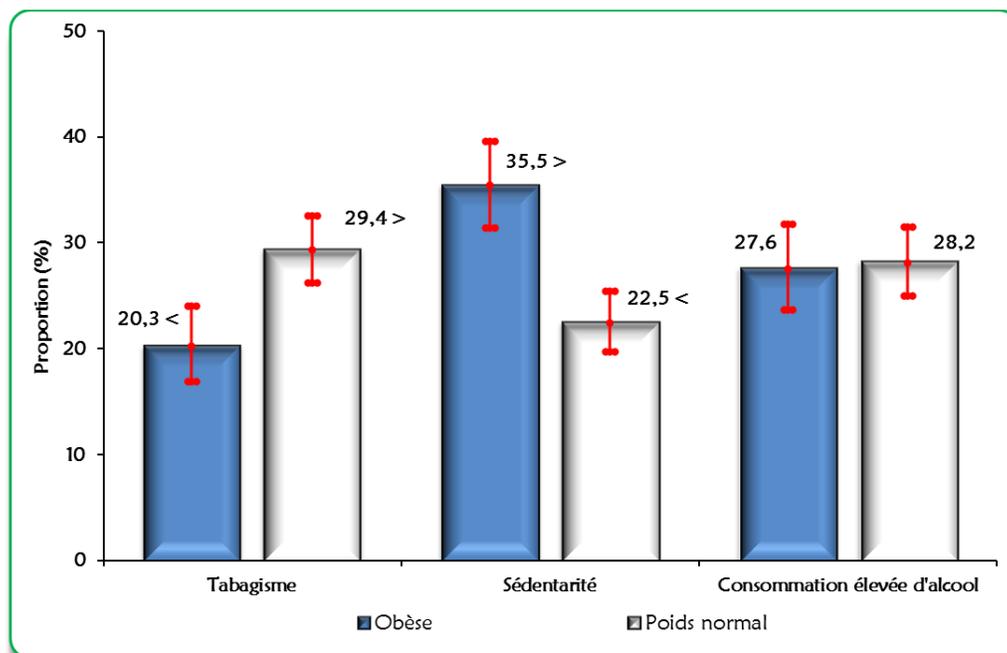
Les études portant sur le lien entre la consommation et le poids corporel sont nombreuses, mais arrivent à des résultats contradictoires<sup>[107, 108]</sup>. Traversy et Chaput rapportent que certaines enquêtes, de type transversal, démontrent une absence de lien significatif chez les hommes, mais une faible association négative chez les femmes<sup>[108]</sup>. Par contre, d'autres chercheurs auraient mis en évidence que prendre de l'alcool est lié au statut pondéral; il se pourrait cependant que cette association s'expliquerait par la fréquence et l'intensité de la

consommation. Des études longitudinales tendraient à démontrer qu'une consommation abusive d'alcool exercerait une influence sur le gain de poids tandis qu'une consommation légère à modérée conférerait un effet protecteur en comparaison des abstinentes ou de ceux qui boivent de manière excessive. Il faut préciser cependant que ces résultats divergents pourraient reposer, en partie, sur différents facteurs : méthodologie utilisée, notamment en ce qui a trait à la manière dont on mesure la consommation d'alcool en termes de fréquence et d'intensité, le sexe, l'âge, l'activité physique, l'utilisation de médicaments, les comportements alimentaires, les problèmes psychosociaux, les maladies chroniques, la prédisposition génétique au gain de poids, etc.<sup>[108]</sup>. Le recours à une donnée autodéclarée relative au poids corporel, au lieu de l'utilisation d'une mesure directe, peut influencer les résultats observés<sup>[107]</sup>. Le type d'alcool consommé et les changements dans le profil de consommation constituent d'autres raisons avancées pour expliquer les divergences dans les résultats<sup>[107]</sup>.

Les résultats de l'ESCN 2010 ne permettent pas de conclure à une association entre l'obésité et la consommation d'alcool. En fait, chez les Nord-Côtiers atteints d'obésité, on retrouve, en proportion, presque autant de personnes ayant pris de l'alcool au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête que dans la population affichant un poids normal (83 % c. 85 %). Inversement, toutes proportions gardées, la prévalence de l'obésité parmi la population consommatrice d'alcool se compare, au plan statistique, à celle enregistrée chez les non-consommateurs (22 % c. 23 %) (données non présentées).

Si l'on se réfère à l'intensité, pour les fins de l'enquête, une consommation élevée réfère au fait d'avoir pris, dans l'année précédant l'enquête, cinq verres ou plus d'alcool, en une même occasion, au moins une fois par mois. Nous avons déterminé la proportion relativement à l'ensemble de la population adulte régionale, vivant en ménage privé, et non seulement par rapport aux seules personnes ayant pris cette substance au moins une fois durant la période de référence. Les données régionales ne permettent pas de détecter une association significative entre l'obésité et la consommation élevée d'alcool. En effet, que ce soit chez les personnes obèses ou celles de poids normal, environ 28 % des Nord-Côtiers ont un niveau élevé de consommation d'alcool (figure 5).

**Figure 5 Prévalence de certaines habitudes de vie chez les personnes obèses<sup>1</sup> et de poids normal<sup>2</sup>, 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'autre groupe, au seuil de 5 %.

1. IMC  $\geq$  30,0.

2. IMC : 18,5 – 24,9.

## À RETENIR

Le tableau 7 synthétise les résultats discutés dans ce chapitre et traduit, en langage courant, les données statistiques présentées au tableau 6. Le tableau fait aussi état des données concernant les personnes atteintes d'embonpoint, mais non commentées dans cet encadré. Les résultats confirment que l'excès de poids (embonpoint ou obésité), mais surtout l'obésité, est associé à une plus forte susceptibilité, en tenant compte de l'âge, de connaître certains problèmes de santé en comparaison des personnes qui affichent un poids normal.

- Les femmes et les hommes obèses sont plus sujets à rapporter les problèmes de santé suivants :
  - ✓ hypertension
  - ✓ diabète
- Les gens obèses, que ce soit les hommes ou les femmes, sont plus sujets à :
  - ✓ évaluer défavorablement leur état de santé
  - ✓ à être sédentaires
- Par contre, les personnes obèses sont moins susceptibles de fumer la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle.
- Pour leur part, les hommes obèses se révèlent aussi plus enclins à être asthmatiques tandis que les femmes sont plus sujettes de se retrouver au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

**Tableau 6 Rapports de cotes reliant le statut pondéral<sup>1</sup> et certaines habitudes de vie ainsi que certains états de santé autodéclarés selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Homme				Femme			
	Embonpoint	Intervalle de confiance de 95 %	Obésité	Intervalle de confiance de 95 %	Embonpoint	Intervalle de confiance de 95 %	Obésité	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Habitudes de vie</b>								
Tabagisme <sup>2</sup>	0,6	[0,4 – 0,8]	0,5	[0,3 – 0,8]	0,9	[0,7 – 1,3]	0,7	[0,5 – 0,9]
Sédentarité <sup>3</sup>	1,2	[0,8 – 1,7]	1,7	[1,2 – 2,6]	1,1	[0,8 – 1,4]	2,1	[1,6 – 2,9]
<b>État de santé globale</b>								
Perception passable ou mauvaise de sa santé en général	1,0	[0,6 – 1,6]	1,8	[1,1 – 3,0]	1,5 Δ	[1,0 – 2,2]	2,3	[1,5 – 3,5]
Perception passable ou mauvaise de sa santé mentale	1,6	[0,7 – 3,6]	2,4	[0,8 – 7,0]	0,9	[0,4 – 1,9]	1,7	[0,8 – 3,6]
<b>État de santé psychosociale</b>								
Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique	0,7	[0,5 – 1,0]	1,1	[0,7 – 1,6]	0,9	[0,7 – 1,2]	1,6	[1,2 – 2,2]
Stress élevé dans la vie quotidienne	0,9	[0,6 – 1,3]	1,1	[0,7 – 1,7]	1,0	[0,8 – 1,4]	0,8	[0,6 – 1,2]
<b>État de santé physique</b>								
Maladie cardiaque	1,2	[0,6 – 2,1]	1,3	[0,7 – 2,6]	1,4	[0,8 – 2,4]	1,0	[0,5 – 1,9]
Hypertension	1,3	[0,9 – 2,0]	2,4	[1,5 – 3,9]	1,6	[1,2 – 2,2]	2,6	[1,8 – 3,7]
Diabète	1,8 Δ	[1,0 – 3,3]	5,1	[2,7 – 9,4]	1,6	[1,0 – 2,6]	4,4	[2,7 – 7,0]
Asthme	2,2	[1,1 – 4,4]	3,2	[1,6 – 6,2]	0,8	[0,5 – 1,2]	1,3	[0,9 – 2,0]
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) <sup>4</sup>	0,7	[0,3 – 1,7]	1,0	[0,4 – 2,5]	0,8	[0,4 – 1,4]	1,2	[0,6 – 2,2]
Au moins deux maladies chroniques <sup>5</sup> (versus une maladie chronique)	0,9	[0,5 – 1,8]	1,7	[0,8 – 3,5]	1,0	[0,6 – 1,5]	1,4	[0,8 – 2,3]

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

1. La catégorie de référence est le poids normal. En raison de la petite taille de l'échantillon (n = 59), les rapports de cotes de la catégorie « poids insuffisant » ne sont pas présentés. Les rapports de cotes sont ajustés pour l'âge.
2. Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes.
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.
4. Chez les personnes de 30 ans et plus. Les MPOC comprennent la bronchite chronique et l'emphysème, mais non l'asthme.
5. Chez les personnes de 30 ans et plus. Maladies chroniques abordées dans l'ESCN 2010 : asthme, bronchite chronique, emphysème, cancer, diabète, hypertension artérielle, maladie cardiaque. Le cumul des maladies chroniques n'est estimé que chez les personnes de 30 ans et plus puisque celles de 18 à 29 ans n'avaient pas à répondre aux questions sur la bronchite chronique et l'emphysème.

Δ Près du seuil de signification statistique de risque plus élevé.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

**Tableau 7 Synthèse des associations<sup>1</sup> entre le statut pondéral<sup>2</sup> et différents aspects de l'état de santé autodéclaré ainsi que certaines habitudes de vie selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Hommes	Femmes
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque plus élevé<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	Asthme	Hypertension
Personne obèse	Hypertension Diabète Asthme Perception passable ou mauvaise de sa santé Sédentarité	Hypertension Diabète Perception passable ou mauvaise de sa santé Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique Sédentarité
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque moins élevé<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	Usage quotidien ou occasionnel de cigarettes	
Personne obèse	Usage quotidien ou occasionnel de cigarettes	Usage quotidien ou occasionnel de cigarettes
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque semblable<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	Maladie cardiaque Hypertension Diabète Δ Maladie pulmonaire obstructive chronique <sup>4</sup> Au moins deux maladies chroniques <sup>5</sup> Perception passable ou mauvaise de sa santé Perception passable ou mauvaise de sa santé mentale Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique Stress élevé dans la vie quotidienne Sédentarité	Maladie cardiaque Diabète Asthme Maladie pulmonaire obstructive chronique <sup>4</sup> Au moins deux maladies chroniques <sup>5</sup> Perception passable ou mauvaise de sa santé Δ Perception passable ou mauvaise de sa santé mentale Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique Stress élevé dans la vie quotidienne Usage quotidien ou occasionnel de cigarettes Sédentarité
Personne obèse	Maladie cardiaque Maladie pulmonaire obstructive chronique <sup>4</sup> Au moins deux maladies chroniques <sup>5</sup> Perception passable ou mauvaise de sa santé mentale Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique Stress élevé dans la vie quotidienne	Maladie cardiaque Asthme Maladie pulmonaire obstructive chronique <sup>4</sup> Au moins deux maladies chroniques <sup>5</sup> Perception passable ou mauvaise de sa santé mentale Stress élevé dans la vie quotidienne

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., Hamel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois*. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec, 24 p. (tableau 2, page 18).

- Selon les analyses de régression logistique présentées au tableau 6. Le rapport de cotes mesure la force de l'association entre les problèmes de santé ou les habitudes de vie (la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique) et les deux catégories comprises dans l'excès de poids, comparativement aux personnes de poids normal. Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de l'âge. Par ailleurs, lorsque l'on parle d'une association significative, on ne peut pas nécessairement en déduire une relation de cause à effet. La nature même de l'ESCN 2010 ne permet pas de tirer ce genre de conclusion.
- Embonpoint ou obésité (catégorie de référence : poids normal).
- 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 %. 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).
- Personnes de 30 ans et plus. Les MPOC comprennent la bronchite chronique et l'emphysème, mais non l'asthme.
- Versus une maladie chronique. Population de 30 ans et plus.

Δ Près du seuil de signification statistique de risque plus élevé.

NOTE : Chaque caractéristique doit être considérée indépendamment des autres. Ainsi, chez les personnes obèses (IMC  $\geq$  30,0), en tenant compte de l'âge, les hommes et les femmes ont un risque plus élevé de faire de l'hypertension que celles affichant un poids normal (IMC : 18,5 – 24,9). Les hommes et les femmes obèses sont moins sujets à fumer la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle que les personnes de poids normal, en considérant l'effet de l'âge. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les personnes en embonpoint ont un risque similaire d'être sédentaires que les individus de poids normal.

## CHAPITRE 4 : PERCEPTION DU POIDS CORPOREL

Ce chapitre s'intéresse à la perception qu'ont les Nord-Côtiers de leur poids corporel. Plus précisément, il vise à déterminer dans quelle mesure en ont-ils une appréciation adéquate. Cette appréciation est justifiée du fait que cette perception peut jouer un rôle dans la décision d'une personne quant aux actions à entreprendre au regard de son poids.

### 4.1 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

#### 4.1.1 Source de la question

La question est empruntée à l'ESCC et a été posée à tous les répondants, sauf les femmes de 18 à 49 ans qui étaient enceintes au moment de l'enquête.

*Considérez-vous que vous ... : faites de l'embonpoint, êtes trop maigre, êtes à peu près normal(e)?*

#### 4.1.2 Limites dans l'interprétation

La perception du poids corporel peut être très subjective. Nous n'avons pas d'indication des critères sur lesquels les répondants se sont basés pour se prononcer. Ainsi, nous ne savons pas s'ils l'ont fait sur la base d'une connaissance objective des standards utilisés pour catégoriser le poids corporel, à partir de normes de minceur véhiculées dans les médias par exemple, selon des critères personnels, d'après une évaluation d'un professionnel de la santé, etc.

Par ailleurs, contrairement à d'autres études, la question ne permet pas de connaître, parmi la population obèse, la proportion de gens qui considèrent effectivement faire de l'obésité. Cette limitation a déjà été rapportée par d'autres<sup>[109-111]</sup>. Cet élément est important dans l'évaluation de l'adéquation entre le poids perçu et le statut pondéral réel. Il se peut donc qu'une proportion de personnes obèses soient erronément classées comme ayant une perception de leur poids conforme à leur statut pondéral alors que, dans les faits, elles le sous-estiment, c'est-à-dire qu'elles se perçoivent réellement en embonpoint. Il est plausible toutefois que des répondants auraient démontré une certaine réticence à rapporter faire de l'obésité, ou être « très en embonpoint » si ce choix avait été disponible<sup>[112, 113]</sup>, et ce, pour diverses raisons dont les préjugés sociaux et la discrimination dont les personnes obèses font parfois l'objet. Cela peut les amener à se percevoir légèrement en embonpoint<sup>[113]</sup> ou carrément nier faire de l'obésité<sup>[114]</sup>. Le terme même d'obésité suscite parfois un rejet chez des patients lorsque des professionnels de la santé leur donnent des conseils en lien avec leur excès de poids<sup>[114, 115]</sup>.

Enfin, avec cette enquête, nous ne pouvons non plus déterminer la proportion des résidents nord-côtiers en embonpoint qui surestimerait leur poids parce qu'ils se considéreraient comme obèses.

### 4.2 RÉSULTATS

**En 2010, environ 62 % de la population adulte nord-côtière considère avoir un poids normal et un peu plus du tiers (36 %) pense faire de l'embonpoint.**

Le tableau 8 présente la répartition de la perception du poids corporel selon différentes caractéristiques de la population régionale. Dans l'ensemble, on remarque que près de 62 % des adultes nord-côtiers évaluent leur poids comme à peu près normal, 36 % estiment faire de l'embonpoint et un peu moins de 2 % se voient comme trop maigres.

#### 4.2.1 Variations selon le sexe et l'âge

Sur la Côte-Nord, les données de l'enquête ne permettent pas d'identifier des écarts statistiques entre les hommes et les femmes quelle que soit la perception de leur poids. Il est possible cependant de dégager certaines observations. Les hommes tendent, un peu plus que les femmes, à considérer leur poids comme étant normal (64 % c. 61 %). Les individus qui jugent faire de l'embonpoint tendent à être légèrement moins nombreux chez les hommes (34 %) que chez les femmes (38 %). Pour leur part, environ \*2 % des hommes se considèrent comme étant trop maigres; cette proportion se compare à celle enregistrée au sein de la population féminine (\*1,5 %) (tableau 8).

Aux âges plus avancés toutefois, des différences émergent entre les sexes. En effet, les hommes de 45 à 64 ans évaluent davantage leur poids comme normal que les femmes (62 % c. 54 %) (figure 6). Cependant, ils sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à penser faire de l'embonpoint (37 % c. 44 %). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on enregistre le phénomène inverse. La proportion de ceux qui se voient en embonpoint s'avère plus élevée chez les hommes que chez les femmes (41 % c. 31 %). Enfin, les hommes de ce groupe d'âge sont moins portés que les femmes à dire que leur poids est normal (56 % c. 66 %).

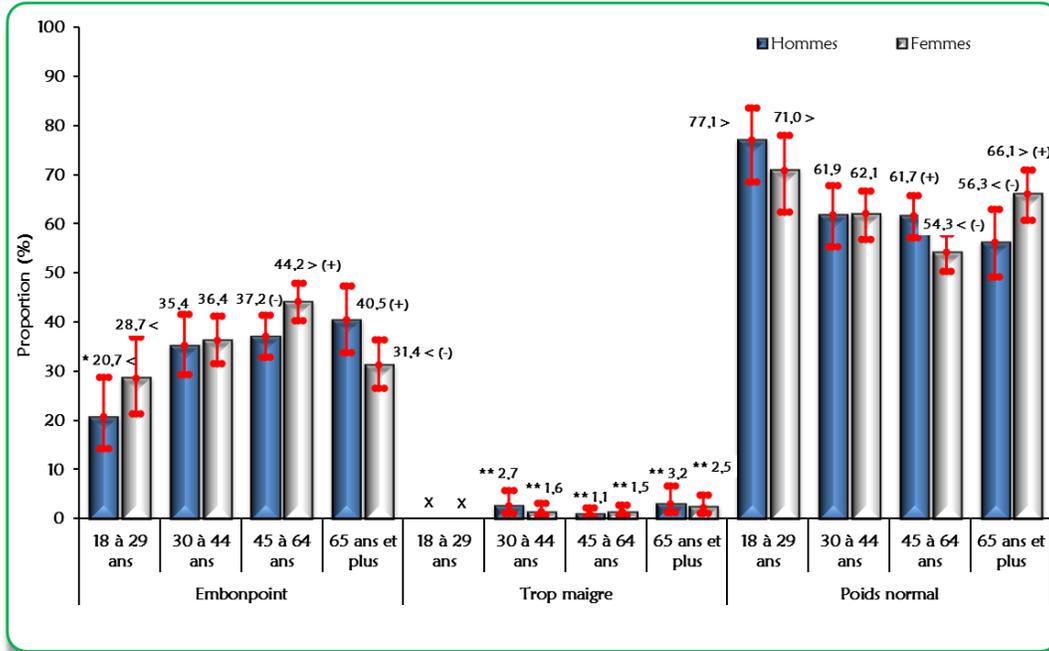
Globalement, la perception du poids corporel varie selon l'âge, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Sans égard au sexe, s'estimer en embonpoint s'avère plus courant chez les résidents nord-côtiers âgés de 45 à 64 ans (41 %) (tableau 8) en comparaison de l'ensemble des autres groupes d'âge. Une analyse selon le sexe démontre que ce constat est valide dans le cas des femmes, mais pas pour les hommes. En effet, un peu plus d'une femme sur quatre ayant de 45 à 64 ans dit faire de l'embonpoint (44 %) (figure 6) en comparaison de 33 % des autres Nord-Côtiers. Une tendance similaire se dessine pour les hommes. Un peu plus du tiers de la population masculine de cet âge (37 %) (figure 6) se perçoit en embonpoint comparativement à 32 % du reste de la population masculine régionale. L'écart entre les deux groupes n'est pas significatif au plan statistique. Les jeunes de 18 à 29 ans sont moins portés à affirmer faire de l'embonpoint (24 %) (tableau 8) que les personnes de 30 ans et plus (38 %). C'est le cas à la fois pour les hommes (\*21 %) et les femmes (29 %) (figure 6).

Le tableau 8 montre que les trois quarts des Nord-Côtiers âgés de 18 à 29 ans (74 %) estiment avoir un poids normal. Il s'agit d'une proportion plus élevée que celle observée chez les autres résidents de la région (60 %). Cette perception s'avère moins fréquente parmi les individus âgés de 45 à 64 ans (58 %) (tableau 8) que dans le reste de la population (65 %).

Fait à souligner, lorsque l'on considère le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus, sans distinction de sexe, on remarque que 61 % d'entre elles jugent avoir un poids normal (tableau 8). Il s'agit d'une proportion statistiquement comparable à celle enregistrée chez les 18 à 64 ans (63 %). À l'opposé, environ 36 % disent faire de l'embonpoint (tableau 8) et, chez les adultes de moins de 65 ans, quelque 36 % également partagent cette perception.

Une analyse selon le sexe permet de détecter certains écarts significatifs entre les personnes de 65 ans et plus et les adultes de moins de 65 ans, comme on peut le voir à la figure 6. Les proportions concernant l'ensemble des autres groupes d'âge, soit les 18 à 64 ans, selon le sexe ne sont toutefois pas présentées. Toutes proportions gardées, les femmes âgées de 65 ans et plus considèrent moins fréquemment être en embonpoint (31 %) que celles de 18 à 64 ans (39 %). Pour leur part, près de quatre hommes âgés sur dix (41 %) estiment faire de l'embonpoint en comparaison de 33 % de l'ensemble des autres groupes d'âge. Malgré cet écart apparemment important, l'enquête ne permet pas de conclure à une différence significative entre les deux groupes. Les hommes de 65 ans et plus sont moins sujets à rapporter avoir un poids normal (56 %) que ceux plus jeunes (65 %). Du côté des femmes, c'est l'inverse. Elles sont plus susceptibles de percevoir leur poids comme normal comparativement à celles de 18 à 64 ans (66 % c. 60 %).

**Figure 6 Perception du poids corporel 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 du même sexe, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.

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

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

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

X Donnée infime

#### 4.2.2 Variations selon le revenu et la scolarité

Les données régionales ne révèlent pas d'associations significatives entre la perception de son poids et le revenu ou la scolarité dans l'ensemble de la population (tableau 8). Une analyse par sexe ne permet pas non plus de relever de variations significatives.

#### 4.2.3 Variations selon certaines maladies chroniques

Les données de l'enquête font ressortir des associations significatives selon la présence de certaines maladies chroniques. Ainsi, on note que les personnes vivant avec le diabète sont proportionnellement plus nombreuses que les non-diabétiques à déclarer faire de l'embonpoint (51 % c. 35 %). Parallèlement, elles sont aussi moins sujettes à mentionner avoir un poids normal (47 % c. 64 %) (tableau 8). Ce lien significatif existe à la fois chez les hommes et les femmes (données non présentées).

Les individus qui font de l'hypertension artérielle montrent une plus forte propension à se percevoir en embonpoint que les gens qui n'en font pas (48 % c. 33 %). À l'opposé, ils sont moins susceptibles de penser que leur poids est normal (52 % c. 65 %) (tableau 8). Le même constat prévaut autant chez les hommes que chez les femmes (données non présentées).

#### 4.2.4 Variations selon la perception de l'état de santé

Dans l'ensemble de la population, la perception du poids corporel est associée à la perception de l'état de santé en général. En proportion, on dénombre davantage de personnes qui estiment faire de l'embonpoint parmi les individus qui perçoivent leur santé comme passable ou mauvaise (43 %) que parmi ceux qui évaluent leur santé comme excellente, très bonne ou bonne (35 %). Par conséquent, les gens qui pensent avoir un poids normal sont

moins nombreux, toutes proportions gardées, parmi ceux qui jugent leur santé sous un angle défavorable (52 %) en comparaison des personnes qui la voient favorablement (64 %). L'association observée dans l'ensemble de la population régionale entre la perception de son poids corporel et celle relative à son état de santé en général se manifeste chez les femmes, mais non dans le cas des hommes bien que, chez ces derniers, on observe les mêmes tendances (données non présentées).

#### 4.2.5 Variations selon le statut pondéral

Au tableau 8, on peut constater qu'un peu plus de six personnes sur dix dont le poids est insuffisant considèrent pourtant avoir un poids normal (65 %) tandis qu'environ \*24 % se perçoivent effectivement comme trop maigres. Chez les personnes dont le poids est normal, près de 91 % estiment avoir un poids normal; c'est le cas aussi de 91 % des hommes et de 92 % des femmes. Environ 6 % de la population régionale ayant un poids normal pensent quand même faire de l'embonpoint; les hommes ne se démarquent pas significativement des femmes à ce sujet (\*4,6 % c. 6 %). Ce résultat se situe à contrecourant de ceux observés dans bon nombre d'études où plusieurs personnes, surtout les femmes, dont le poids est pourtant normal croient quand même faire de l'embonpoint<sup>[104, 109, 113, 116-119]</sup>.

Nous avons vu antérieurement qu'environ 42 % de la population nord-côtière fait de l'embonpoint (tableau 4A). Chez ces gens, près de 37 % se perçoivent comme tels et 62 % pensent avoir un poids normal (tableau 8). La proportion d'hommes en embonpoint et qui s'évaluent comme tels est significativement moindre que celle observée chez les femmes (29 % c. 51 %). À l'inverse, ils sont davantage que les femmes portés à croire avoir un poids normal (70 % c. 49 %). C'est donc dire qu'une large majorité d'hommes qui font de l'embonpoint ne le perçoivent pas.

L'obésité touche un peu moins du quart des Nord-Côtiers (22 %) (tableau 4B). Or, la population obèse rapporte très majoritairement faire de l'embonpoint (82 %) (tableau 8). En proportion, ce phénomène est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (88 % c. 77 %). Toujours chez les individus obèses, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à estimer avoir un poids normal (12 % c. 23 %).

### 4.3 CONCORDANCE ENTRE LE POIDS PERÇU ET LE STATUT PONDÉRAL AUTODÉCLARÉ

Cette rubrique fait le point sur l'adéquation entre la perception que les Nord-Côtiers ont de leur poids corporel et leur statut pondéral, tel que calculé d'après leur indice de masse corporelle (IMC). Rappelons que l'IMC est défini selon la grandeur et le poids autorapportés par les répondants. Les résidents de la Côte-Nord perçoivent-ils leur poids de manière réaliste? Ont-ils tendance à le minimiser ou, au contraire, se voient-ils plus lourds qu'ils ne le sont?

Dans cette enquête, la sous-estimation du poids réfère à une situation où une personne ayant un poids normal croit être trop maigre ou lorsqu'un individu en embonpoint ou obèse juge son poids comme normal, voire insuffisant. Au contraire, une personne surestime son poids si elle dit faire de l'embonpoint, alors qu'elle a un poids normal, ou quand elle affirme être en embonpoint ou avoir un poids normal quand son statut pondéral correspond à un poids insuffisant<sup>[113, 116, 120-122]</sup>.

On estime qu'une personne atteinte d'embonpoint ou d'obésité sera davantage encline à adopter des comportements favorisant un meilleur contrôle de son poids si elle se perçoit conformément à son statut pondéral réel<sup>[121, 123-130]</sup>. Les discordances entre le poids perçu et le statut pondéral pourraient être associées à une méconnaissance du poids à viser pour se retrouver dans la catégorie « poids santé », ou même à une volonté manifeste de l'atteindre<sup>[112, 116, 119, 120, 124, 125, 130-132]</sup>. L'ESCN 2010 ne comporte pas de question pour savoir si les répondants jugeaient que leur poids représentait un risque pour leur santé<sup>[113]</sup>.

Nous avons construit une variable à trois catégories relatives à la concordance entre le poids perçu et le statut pondéral : sous-estimation, surestimation, concordance. Le tableau 9 présente la répartition de la population nord-côtière entre ces trois catégories selon différentes caractéristiques. Cette classification servira aussi ultérieurement pour l'analyse des résultats en lien avec les actions posées par les personnes en embonpoint ou obèses en regard du poids, notamment aux tentatives faites pour en perdre. Toutefois, il importe de conserver à l'esprit qu'en raison même de la nature de cette enquête, il n'est pas possible d'inférer une relation causale.

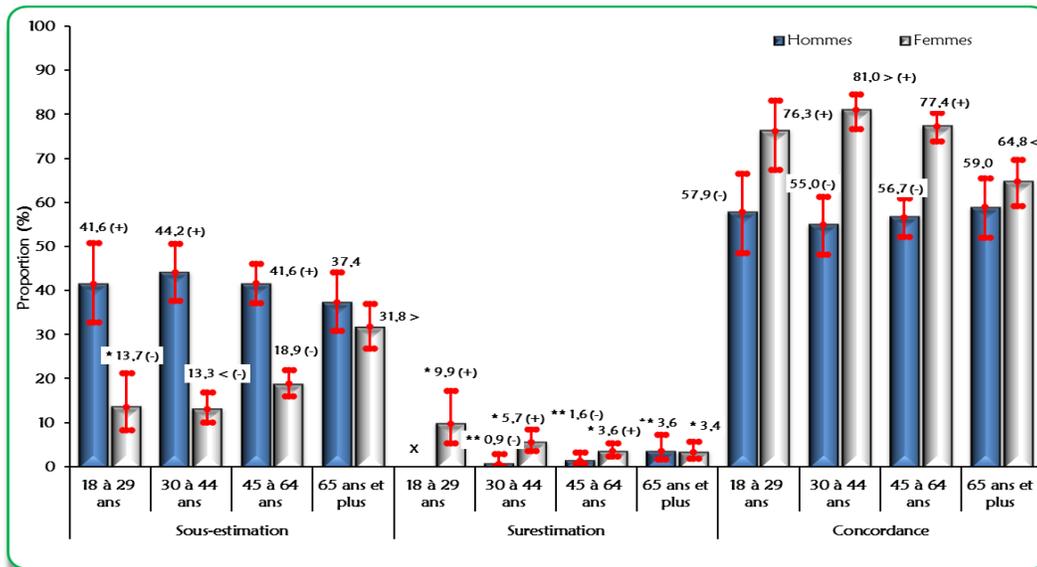
#### 4.3.1 Variations selon le sexe et l'âge

La concordance entre le poids perçu et le statut pondéral diffère selon le sexe. La sous-estimation du statut pondéral constitue un phénomène plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (42 % c. 19 %). Ils sont par contre proportionnellement moins nombreux que ces dernières à surestimer leur poids (\*1,7 % c. 5 %) ou à l'évaluer réalistement (57 % c. 76 %) (tableau 9).

La figure 7 montre que la proportion d'hommes qui sous-estiment leur poids corporel surpasse significativement celle des femmes dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 65 ans et plus où, cependant, on identifie la même tendance. Par ailleurs, la plus forte propension des femmes à exprimer une perception réaliste de leur poids (concordance) se manifeste aussi dans tous les groupes d'âge de moins de 65 ans. Chez les aînés, le poids perçu tend davantage à correspondre au statut pondéral chez les femmes que chez les hommes (65 % c. 59 %), mais l'écart demeure insuffisant pour être déclaré significatif au plan statistique.

Les données ne font pas ressortir de variations selon l'âge dans l'ensemble de la population adulte visée par l'enquête (tableau 9) ou chez les hommes (figure 7). En contrepartie, du côté des femmes, on observe des différences significatives entre les groupes d'âge. Chez celles de 30 à 44 ans, plus de huit sur dix (81 %) évaluent leur poids en concordance avec le statut pondéral (figure 7). Cette proportion surpasse celle enregistrée parmi les autres Nord-Côtières (74 %). Par contre, les femmes de 65 ans et plus sont, en proportion, moins nombreuses à se percevoir réalistement (65 %) (figure 7) que celles de moins de 65 ans (78 %). L'inverse est aussi vrai. Toutes proportions gardées, les femmes de 65 ans et plus sous-estiment leur poids dans une plus forte proportion (32 %) (figure 7) que celles de 18 à 64 ans (16 %). La sous-estimation du poids se rencontre moins fréquemment parmi les femmes de 30 à 44 ans (13 %) (figure 7) que chez les autres Nord-Côtières (21 %).

**Figure 7 Concordance du poids perçu avec le statut pondéral selon le groupe d'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 pour le même sexe, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.  
 X Donnée infime

#### 4.3.2 Variations selon le revenu et la scolarité

Globalement, lorsque l'on considère l'ensemble de la population, aucune variation significative n'est identifiée en fonction du revenu (tableau 9). Par contre, la figure 8 montre la présence de telles différences pour chacun des sexes pris séparément. Il convient de mentionner que, pour une catégorie de revenus donnée, la proportion correspondant à l'ensemble des autres catégories de revenus n'est pas illustrée. Les hommes qui vivent dans un ménage gagnant de 20 000 \$ à moins de 40 000 \$ témoignent d'une propension plus faible à sous-estimer leur poids que le reste des hommes de la région (35 % c. 43 %). En contrepartie, elle se manifeste plus fortement du côté de ceux qui résident dans un ménage disposant d'un revenu familial de 40 000 \$ à 60 000 \$ (52 % c. 39 %). Ces derniers sont aussi proportionnellement moins nombreux à percevoir leur poids conformément à leur statut pondéral (47 % c. 60 %).

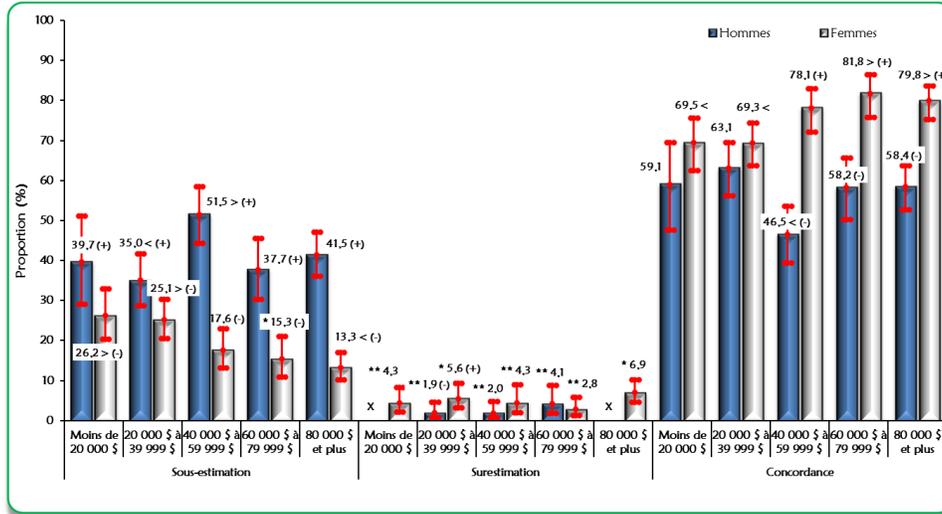
Du côté des Nord-Côtières, la sous-estimation du poids corporel s'avère un phénomène plus marqué chez celles dont le revenu familial se situe à moins de 40 000 \$ annuellement, mais moins courant pour celles dont le ménage dispose d'au moins 80 000 \$ par année (figure 8). Par ailleurs, on remarque aussi que celles dont le revenu annuel du ménage se situe dans les deux catégories supérieures sont proportionnellement plus nombreuses que celles des autres groupes de revenus à percevoir leur poids en conformité avec leur statut pondéral.

Dans toutes les tranches de revenus, on remarque à la figure 8 que les hommes sous-estiment davantage leur poids que les femmes. Relativement à la concordance entre le poids perçu et le statut pondéral, la proportion enregistrée chez les femmes surpasse celle des hommes à partir d'un revenu familial annuel de 40 000 \$. Dans les deux tranches inférieures, la différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative bien que l'on observe la même tendance.

Le fait de percevoir ou non adéquatement son poids corporel varie suivant le niveau de scolarité. Les Nord-Côtières qui sous-estiment leur poids sont, en proportion, moins nombreux chez les détenteurs d'un diplôme universitaire, mais plus nombreux parmi ceux qui ont un diplôme d'études secondaires ou qui ne l'ont pas obtenu (tableau 9). Ceux qui ont complété des études universitaires sont davantage enclins à percevoir leur poids de manière réaliste. La relation significative détectée dans l'ensemble de la population nord-côtière s'explique par la situation observée chez les femmes car, du côté des hommes, on n'identifie pas de lien significatif avec la scolarité comme en témoigne la figure 9. Les Nord-Côtières sans diplôme d'études secondaires sont davantage enclines à sous-estimer leur poids (29 %) que le reste de la population féminine régionale (16 %). La proportion de femmes qui se voient moins pesantes qu'elles le sont est plus faible chez les universitaires (12 %) (figure 9) que celles sans diplôme universitaire (21 %). À l'opposé, les femmes plus scolarisées, soit celles qui ont un diplôme collégial ou universitaire, sont plus nombreuses que les autres, en proportion, à juger leur poids conformément à leur statut pondéral.

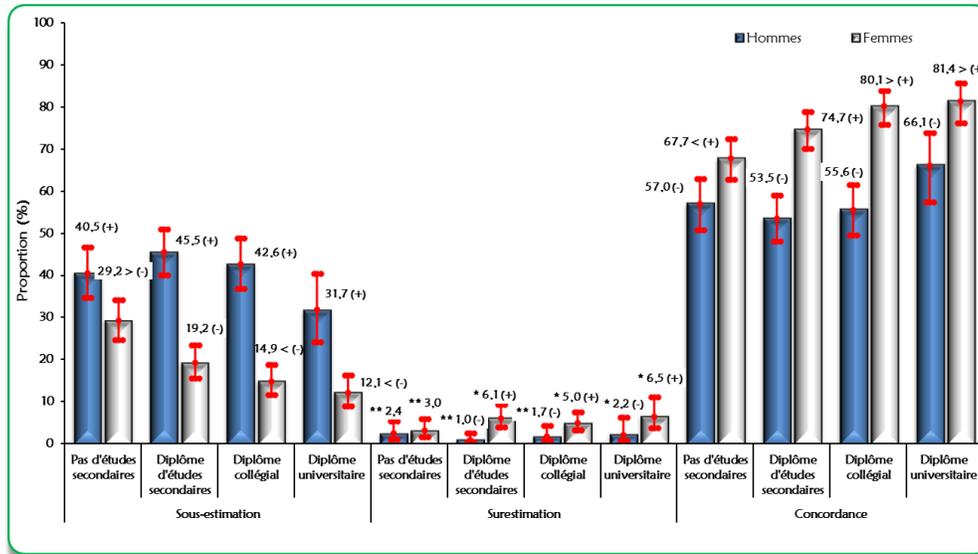
La figure 9 illustre que les hommes sous-estiment davantage leur poids que les femmes, et ce, quel que soit le niveau de scolarité. Pareillement, ils sont aussi beaucoup moins susceptibles de l'évaluer de manière réaliste. Par ailleurs, les individus qui le surestiment tendent à être un peu plus nombreux chez les femmes. La prudence s'impose dans l'interprétation de ces résultats en raison de la forte imprécision des pourcentages enregistrés dans la population masculine.

**Figure 8 Concordance du poids perçu avec le statut pondéral selon le revenu 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 catégories de revenus pour le même sexe, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.  
 X Donnée infime

**Figure 9 Concordance du poids perçu avec le statut pondéral selon la scolarité 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 niveaux de scolarité pour le même sexe, au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples.  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.  
 X Donnée infime

#### 4.3.3 Variations selon certaines maladies chroniques

Les données de l'enquête ne permettent pas d'identifier d'écarts significatifs chez les personnes vivant avec le diabète ou atteintes d'hypertension artérielle et celles non atteintes. Ainsi, environ le tiers des individus diabétiques tendent à sous-évaluer leur poids (34 %) comparativement à environ 31 % du reste de la population. La majorité des résidents nord-côtiers ont une perception de leur poids qui correspond à la réalité (66 %) Cependant, l'écart entre les diabétiques (64 %) et les autres Nord-Côtiers (66 %) n'est pas significatif (tableau 9). Par contre, chez les femmes, la sous-estimation du poids corporel se rencontre plus fréquemment chez les diabétiques que chez celles qui n'ont pas la maladie (29 % c. 18 %). Inversement, les femmes atteintes de diabète sont proportionnellement moins nombreuses que les non-diabétiques à juger leur poids en concordance avec leur statut pondéral (69 % c. 76 %) (données non présentées).

Les proportions de personnes hypertendues qui sous-estiment leur statut pondéral (30 %) ou qui l'évaluent correctement (67 %) (tableau 9) se comparent à celles de la population non hypertendue (respectivement 31 % et 65 %).

#### 4.4 FACTEURS ASSOCIÉS À LA SOUS-ESTIMATION DU POIDS CORPOREL

Les constats précédents relatifs à la concordance du poids perçu et le statut pondéral réel reposent sur des analyses bidimensionnelles. Le but de cette section est de cerner, à l'aide de modèles de régression logistique, quelques caractéristiques possiblement associées au fait que certains Nord-Côtiers en embonpoint, obèses ou en surplus de poids (embonpoint et obésité : IMC  $\geq$  25,0) sous-estiment leur poids. Dans ces modèles, les personnes qui perçoivent leur poids correctement constituent la catégorie de référence<sup>[110, 113, 120, 131]</sup>. En raison de la proportion relativement faible d'individus de poids normal qui sous-estiment leur poids (\*3 %) (tableau 9), ces derniers n'ont pas fait l'objet d'analyses spécifiques. Des modèles séparés ont été élaborés pour les hommes et les femmes. Le tableau 10 fait état des résultats obtenus chez les résidents nord-côtiers en embonpoint. Les tableaux 11 et 12 présentent respectivement les résultats des analyses chez les personnes obèses et en surplus de poids. Les modèles sont corrigés pour tenir compte des effets simultanés de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé en général.

##### 4.4.1 Chez les personnes qui font de l'embonpoint

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, les analyses multivariées n'ont pas permis d'identifier de relations significatives entre la sous-estimation du poids corporel et la scolarité, le statut matrimonial, la perception de l'état de santé, l'hypertension artérielle, le diabète ainsi que l'activité physique de loisir (ventilée en deux catégories) (tableau 10).

L'enquête montre que les hommes adultes de moins de 45 ans sont davantage portés à sous-estimer leur poids (RC = 4,8 et 2,5) que ceux âgés 65 ans et plus. Pour leur part, comparativement à leurs aînées, les femmes de 45 à 64 ans sont moins sujettes à se retrouver dans cette situation (RC = 0,5).

Par rapport aux femmes résidant en Basse-Côte-Nord, la cote exprimant la probabilité de sous-estimer son poids est d'environ trois à quatre fois plus élevée chez celles vivant dans le territoire de RLS de Caniapiscou (RC = 3,0) et de la Minganie (RC = 3,6). Dans le cas des hommes, cependant, les données ne permettent pas de détecter un lien avec le RLS de résidence. Toutefois, ceux qui vivent dans un ménage gagnant de 40 000 \$ à moins de 60 000 \$ par année sont plus susceptibles de se penser moins pesants qu'ils ne le sont en réalité (RC = 2,1) comparativement aux hommes disposant d'un revenu familial d'au moins 80 000 \$. Dans le cas des femmes, le revenu n'est pas associé avec une propension plus faible ou plus grande de sous-estimer leur poids.

En regard des hommes qui n'ont jamais fumé, les ex-fumeurs récents et les anciens fumeurs sont significativement moins portés à sous-évaluer leur poids corporel (RC = 0,6). Une tendance similaire émerge dans la population féminine (RC = 0,6), mais le rapport de cotes n'est pas significatif au plan statistique. Cependant, il se situe très près du seuil de signification statistique.

Pour les deux sexes, une association significative est relevée avec le niveau d'activité physique de loisir défini selon le regroupement en quatre catégories. Rappelons qu'en vertu de cette catégorisation, être actif consiste à s'être adonné, dans les 12 mois précédant l'enquête, à une activité de loisir à raison de 20 à 30 minutes par séance, selon une fréquence d'au moins quatre fois par semaine. La personne sédentaire est celle qui n'a pas fait ce type d'activité ou en a fait environ une fois par mois durant la période de référence. Par rapport aux personnes en embonpoint actives, les femmes sédentaires et les hommes peu actifs sont moins enclins à sous-estimer leur poids corporel (RC = 0,5 dans chaque cas) (tableau 10).

#### 4.4.2 Chez les personnes obèses

Au sein de la population atteinte d'obésité, sous-estimer son poids n'est pas associé significativement à l'âge, au RLS de résidence, au statut matrimonial, à la perception de l'état de santé en général, à la présence de diabète, au tabagisme ainsi qu'à la sédentarité (d'après la classification à deux catégories) (tableau 11).

Les données ne permettent pas d'identifier de lien avec le revenu chez les hommes, mais chez les femmes, celles vivant dans des ménages gagnant moins de 40 000 \$, mais surtout moins de 20 000 \$, témoignent d'une inclination plus forte à sous-évaluer leur poids corporel (RC = 3,8 et 9,4) en regard de leurs consœurs qui disposent d'un revenu annuel de 80 000 \$ et plus. En d'autres termes, du côté des personnes obèses, un revenu plus faible est associé à une propension plus grande de sous-estimer son poids uniquement chez les femmes. D'autres études en sont arrivées aux mêmes constats<sup>[113, 116]</sup>. Il est à souligner toutefois que, dans le cas de l'ESCN 2010, les rapports de cotes sont entachés d'une très forte variabilité comme en font foi leurs intervalles de confiance.

Il existe un lien significatif en fonction du niveau de scolarité à la fois pour les hommes et les femmes. Dans le cas des hommes, ceux qui n'ont pas de scolarité universitaire sont plus susceptibles de sous-estimer leur poids (RC = 12,9 à 8,5) que les détenteurs d'un diplôme universitaire. Chez les femmes, seules celles qui n'ont pas complété d'études secondaires se montrent plus sujettes à s'estimer moins pensantes qu'elles ne le sont (RC = 5,8) en comparaison des diplômées universitaires. Lorsque l'on ventile la scolarité en deux catégories seulement, on ne remarque pas de différence significative entre les Nord-Côtières qui ne détiennent pas de diplôme universitaire et celles qui ont un tel diplôme. Cependant, les intervalles de confiance des rapports de cotes témoignent aussi d'une forte variabilité.

Les femmes obèses atteintes d'hypertension artérielle sont moins sujettes que les femmes non hypertendues à sous-estimer leur poids (RC = 0,5). Quant aux hommes, une tendance semblable se dessine (RC = 0,6), mais elle ne s'avère pas significative au plan statistique.

La sous-estimation du poids corporel est liée à l'activité physique (classification à quatre catégories), mais uniquement chez les hommes. En comparaison de la population masculine obèse, mais active, les hommes considérés comme peu actifs sont moins susceptibles de sous-évaluer leur statut pondéral (RC = 0,3) (tableau 11).

#### 4.4.3 Chez les personnes en surplus de poids

Rappelons que la catégorie « surplus de poids » regroupe les personnes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses et représente 64 % de la population régionale (tableau 4C). Un peu moins de la moitié (47 %) des personnes en surplus de poids pense avoir un poids normal, voire insuffisant. Conséquemment, elles sous-estiment leur statut pondéral. En proportion, cette situation se rencontre plus fréquemment dans la population adulte masculine (55 %) que dans la population féminine nord-côtière (35 %) (données non présentées).

Les hommes nord-côtières en surcharge pondérale et âgés de 18 à 29 ans sont plus susceptibles de sous-évaluer leur poids (RC = 2,0) que ceux de 65 ans et plus tandis que les femmes de 30 à 44 ans (RC = 0,6) et celles de 45 à 64 ans (RC = 0,5) le sont moins comparativement à leurs aînées (tableau 12).

Un lien significatif est observé chez les hommes du RLS de Manicouagan dans la mesure où ils sont plus portés que ceux du RLS de la Basse-Côte-Nord à sous-estimer leur statut pondéral. Du côté des femmes, la même observation

est faite chez celles résidant dans les territoires de RLS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles, de Caniapiscau et de la Minganie par rapport aux femmes de la Basse-Côte-Nord.

Le fait de sous-évaluer son poids s'avère plus courant chez les hommes en surplus de poids qui ont complété des études secondaires (RC = 1,8) en comparaison de ceux qui détiennent un diplôme d'études universitaires. On remarque la même tendance, bien qu'elle soit non significative, chez les hommes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ou chez ceux qui ont un diplôme collégial. Aucune association significative avec la scolarité n'est relevée dans le cas des femmes, mais on note une tendance plus forte à sous-estimer leur poids chez celles sans diplôme secondaire ou qui n'ont complété que ce niveau de scolarité.

Les femmes et les hommes en surcharge pondérale et atteints d'hypertension artérielle sont moins susceptibles de sous-estimer leur statut pondéral (RC = 0,6 et 0,7 respectivement) que les personnes non hypertendues. Le même phénomène s'observe chez les diabétiques, en regard des non-diabétiques, mais pour les hommes seulement (RC = 0,6).

Mentionnons, en terminant, que la sous-estimation du poids s'avère moins courante chez les femmes en surplus de poids et sédentaires que chez celles qui sont actives. Ce constat demeure valide à la fois selon la classification à deux catégories et celle à quatre catégories. Dans le cas des hommes, une association est observée avec l'activité physique de loisir, mais uniquement selon la classification à quatre catégories. Par rapport à la population masculine active, les hommes peu ou moyennement actifs se montrent moins enclins à sous-estimer leur poids (tableau 12). Exprimé autrement, les gens actifs sont plus susceptibles de sous-estimer leur poids que les femmes sédentaires ou les hommes peu ou moyennement actifs. Cette observation, déjà rapportée par d'autres études<sup>131, 132</sup>, peut sembler surprenant à prime abord. Il est possible que l'adoption d'un style de vie sain par une personne en embonpoint ou obèse, comme s'adonner régulièrement à une activité physique de loisir, puisse atténuer sa perception d'avoir un excès de poids<sup>131</sup>.

## À RETENIR

Le tableau 13 synthétise les données statistiques des tableaux 10 à 12. Plus spécifiquement, il fait ressortir, pour les hommes et les femmes, les caractéristiques associées à un risque accru ou moindre que les personnes en embonpoint, obèses, en surcharge pondérale (embonpoint ou obésité) sous-estiment leur poids. Rappelons qu'il n'est pas nécessaire de présenter chacune de ces caractéristiques pour avoir un risque augmenté ou moindre de sous-estimer son poids.

- Par exemple, dans le cas des personnes obèses, les caractéristiques significativement associées à une augmentation du risque (catégories de référence entre parenthèses) de sous-estimer son poids corporel sont :
  - ✓ Chez les hommes :
    - pas de diplôme universitaire (diplôme universitaire)
  - ✓ Chez les femmes :
    - revenu du ménage inférieur à 40 000 \$ par année (revenu familial de 80 000 \$ et plus)
    - pas de diplôme d'études secondaires (diplôme universitaire).
- Les caractéristiques associées à un risque moindre (catégories de référence entre parenthèses) de sous-estimer son poids sont :
  - ✓ Chez les hommes :
    - peu actif (actifs)
  - ✓ Chez les femmes :
    - hypertension artérielle (pas d'hypertension)

**Tableau 8 Perception à l'égard du poids corporel selon certaines caractéristiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Embonpoint	Intervalle de confiance de 95 %	Trop maigre	Intervalle de confiance de 95 %	À peu près normal(e)	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>						
Hommes	34,4	[31,6 – 37,4]	* 2,0	[1,3 – 3,1]	63,6	[60,6 – 66,5]
Femmes	37,6	[35,1 – 40,1]	* 1,5	[1,0 – 2,3]	60,9	[58,3 – 63,4]
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 29 ans	24,2 <	[19,3 – 29,9]	** 1,4	[0,4 – 4,5]	74,4 >	[68,6 – 79,5]
30 à 44 ans	35,9	[32,0 – 39,9]	* 2,2	[1,2 – 3,8]	62,0	[57,8 – 65,9]
45 à 64 ans	40,5 >	[37,7 – 43,5]	* 1,3	[0,8 – 2,1]	58,2 <	[55,2 – 61,0]
65 ans et plus	35,7	[31,7 – 40,0]	* 2,8	[1,7 – 4,7]	61,4	[57,1 – 65,6]
<b>Revenu</b>						
Moins de 20 000 \$	32,1	[26,8 – 37,9]	* 4,5	[2,3 – 8,5]	63,4	[57,4 – 69,0]
De 20 000 à 39 999 \$	36,9	[32,7 – 41,2]	* 1,8	[1,0 – 3,3]	61,3	[57,0 – 65,5]
De 40 000 à 59 999 \$	35,5	[31,0 – 40,2]	** 2,3	[1,1 – 4,6]	62,2	[57,4 – 66,8]
De 60 000 à 79 999 \$	37,5	[32,4 – 42,9]	X	---	61,7	[56,3 – 66,9]
80 000 \$ et plus	37,8	[34,2 – 41,5]	** 1,2	[0,6 – 2,3]	61,0	[57,3 – 64,6]
<b>Scolarité</b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	36,4	[32,7 – 40,2]	* 2,1	[1,2 – 3,8]	61,5	[57,6 – 65,3]
Diplôme d'études secondaires	33,8	[30,4 – 37,3]	* 2,3	[1,3 – 3,7]	64,0	[60,4 – 67,4]
Diplôme d'études collégiales	37,8	[34,1 – 41,6]	* 1,3	[0,7 – 2,5]	60,9	[57,0 – 64,6]
Diplôme universitaire	37,2	[32,3 – 42,4]	X	---	61,8	[56,7 – 66,8]
<b>Statut matrimonial</b>						
Marié(e)/Union de fait	37,9 >	[35,5 – 40,3]	* 1,4	[0,9 – 2,1]	60,8	[58,3 – 63,2]
Célibataire/Jamais marié(e)	32,9	[28,3 – 37,7]	** 1,7	[0,8 – 3,6]	65,4	[60,5 – 70,0]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve)	32,1	[27,8 – 36,8]	* 3,5	[2,0 – 6,1]	64,3	[59,6 – 68,8]
<b>Statut pondéral</b>						
Poids insuffisant	** 11,0 <	[3,4 – 29,9]	* 23,8 >	[14,1 – 37,3]	65,2	[49,3 – 78,3]
Poids normal	5,6 <	[4,3 – 7,3]	* 3,0 >	[2,0 – 4,4]	91,4 >	[89,3 – 93,1]
Embonpoint	37,4	[34,4 – 40,5]	** 0,7 <	[0,3 – 1,8]	61,9	[58,8 – 64,9]
Obésité	82,0 >	[78,4 – 85,1]	X	---	18,0 <	[14,9 – 21,6]
<b>Hommes</b>						
Poids insuffisant	§	---	§	---	§	---
Poids normal	* 4,6 <	[2,7 – 7,7]	* 4,4 >	[2,5 – 7,7]	91,0 >	[87,0 – 93,9]
Embonpoint	29,3 <(-)	[25,5 – 33,3]	** 1,0 <	[0,4 – 2,8]	69,7 >(+)	[65,6 – 73,5]
Obésité	77,5 >(-)	[71,9 – 82,3]	X	---	22,5 <(+)	[17,7 – 28,1]
<b>Femmes</b>						
Poids insuffisant	** 7,9 <	[1,4 – 33,7]	* 19,8 >	[10,6 – 34,1]	72,3	[54,3 – 85,2]
Poids normal	6,3 <	[4,7 – 8,4]	* 2,1	[1,2 – 3,6]	91,6 >	[89,2 – 93,5]
Embonpoint	51,2 >(+)	[46,7 – 55,7]	X	---	48,7 <(-)	[44,2 – 53,2]
Obésité	88,0 >(+)	[84,1 – 91,0]	X	---	12,0 <(-)	[9,0 – 15,9]
<b>Diabétique</b>						
Oui	51,0 >	[44,8 – 57,2]	** 2,2	[1,0 – 4,8]	46,8 <	[40,7 – 53,0]
Non	34,6 <	[32,6 – 36,7]	1,8	[1,3 – 2,4]	63,6 >	[61,6 – 65,7]
<b>Hypertension artérielle</b>						
Oui	48,1 >	[44,0 – 52,3]	** 0,3 <	[0,1 – 1,2]	51,5 <	[47,4 – 55,7]
Non	32,9 <	[30,8 – 35,1]	2,1 >	[1,5 – 2,9]	65,0 >	[62,7 – 67,2]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>35,9</b>	<b>[34,0 – 37,9]</b>	<b>1,8</b>	<b>[1,3 – 2,4]</b>	<b>62,3</b>	<b>[60,3 – 64,2]</b>

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 %.

< 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.

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

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

X Donnée infime ou inexistante.

§ 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.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

**Tableau 9 Concordance entre le poids perçu et le statut pondéral autodéclaré selon certaines caractéristiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Sous-estimation du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Surestimation du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Poids perçu correspond au statut pondéral	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>						
Hommes	41,7 >	[38,6 – 44,8]	* 1,7 <	[1,1 – 2,6]	56,6 <	[53,5 – 59,7]
Femmes	19,3 <	[17,3 – 21,4]	5,0 >	[3,9 – 6,4]	75,7 >	[73,3 – 77,9]
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 29 ans	29,8	[24,0 – 36,4]	* 4,5	[2,5 – 7,9]	65,7	[59,1 – 71,8]
30 à 44 ans	29,4	[25,5 – 33,7]	* 3,2	[2,1 – 4,7]	67,4	[63,1 – 71,4]
45 à 64 ans	30,9	[28,1 – 33,8]	* 2,6	[1,8 – 3,7]	66,6	[63,6 – 69,4]
65 ans et plus	34,5	[30,5 – 38,8]	* 3,5	[2,2 – 5,5]	62,0	[57,7 – 66,2]
<b>Revenu</b>						
Moins de 20 000 \$	31,1	[25,6 – 37,2]	* 3,2	[1,7 – 5,8]	65,7	[59,6 – 71,3]
De 20 000 à 39 000 \$	29,9	[26,0 – 34,1]	* 3,8	[2,4 – 6,0]	66,3	[61,9 – 70,4]
De 40 000 à 59 000 \$	36,7	[31,9 – 41,8]	* 3,0	[1,7 – 5,3]	60,3	[55,2 – 65,2]
De 60 000 à 79 000 \$	29,1	[24,2 – 34,6]	* 3,6	[2,0 – 6,5]	67,3	[61,7 – 72,4]
80 000 \$ et plus	29,6	[26,0 – 33,5]	* 3,0	[2,0 – 4,4]	67,4	[63,6 – 71,1]
<b>Scolarité</b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	35,0 >	[31,2 – 39,0]	* 2,7	[1,6 – 4,5]	62,2	[58,2 – 66,1]
Diplôme d'études secondaires	34,3 >	[30,7 – 38,1]	* 3,1	[2,1 – 4,7]	62,5 <	[58,7 – 66,2]
Diplôme d'études collégiales	29,4	[25,8 – 33,4]	* 3,3	[2,2 – 4,9]	67,3	[63,3 – 71,0]
Diplôme universitaire	20,8 <	[16,8 – 25,5]	* 4,6	[2,8 – 7,4]	74,6 >	[69,7 – 79,0]
<b>Statut matrimonial</b>						
Marié(e)/Union de fait	30,5	[28,1 – 33,0]	3,3	[2,5 – 4,3]	66,2	[63,7 – 68,6]
Célibataire/Jamais marié(e)	29,2	[24,6 – 34,2]	* 4,2	[2,6 – 6,8]	66,6	[61,4 – 71,3]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve)	35,2	[30,5 – 40,2]	* 2,1	[1,1 – 3,9]	62,7	[57,7 – 67,4]
<b>Statut pondéral<sup>1</sup></b>						
Poids insuffisant	X	---	76,2 >	[62,7 – 85,9]	* 23,8 <	[14,1 – 37,3]
Poids normal	* 3,0 <	[2,0 – 4,4]	5,6 <	[4,3 – 7,3]	91,4 >	[89,3 – 93,1]
Embonpoint	62,6 >	[59,5 – 65,6]	X	---	37,4 <	[34,4 – 40,5]
Obésité	18,0 <	[14,9 – 21,6]	X	---	82,0 >	[78,4 – 85,1]
<b>Hommes<sup>1</sup></b>						
Poids insuffisant	X	---	§	---	§	---
Poids normal	* 4,4 <	[2,5 – 7,7]	* 4,6 <	[2,7 – 7,7]	91,0 >	[87,0 – 93,9]
Embonpoint	70,7 >(+)	[66,7 – 74,5]	X	---	29,3 <(-)	[25,5 – 33,3]
Obésité	22,5 <(+)	[17,7 – 28,1]	X	---	77,5 >(-)	[71,9 – 82,3]
<b>Femmes<sup>1</sup></b>						
Poids insuffisant	X	---	80,2 >	[65,9 – 89,4]	* 19,8 <	[10,6 – 34,1]
Poids normal	* 2,1 <	[1,2 – 3,6]	6,3 <	[4,7 – 8,4]	91,6 >	[89,2 – 93,5]
Embonpoint	48,8 >(-)	[44,3 – 53,3]	X	---	51,2 <(+)	[46,7 – 55,7]
Obésité	12,0 <(-)	[9,0 – 15,9]	X	---	88,0 >(+)	[84,1 – 91,0]
<b>Diabétique</b>						
Oui	34,2	[28,4 – 40,5]	** 1,7	[0,8 – 3,6]	64,1	[57,8 – 70,0]
Non	30,8	[28,7 – 32,9]	3,4	[2,7 – 4,3]	65,8	[63,7 – 67,9]
<b>Hypertension artérielle</b>						
Oui	30,1	[26,3 – 34,2]	* 2,4	[1,4 – 4,2]	67,5	[63,3 – 71,4]
Non	31,2	[29,0 – 33,6]	3,5	[2,7 – 4,4]	65,3	[62,9 – 67,5]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>31,1</b>	<b>[29,1 – 33,1]</b>	<b>3,3</b>	<b>[2,6 – 4,1]</b>	<b>65,7</b>	<b>[63,6 – 67,6]</b>

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

1. Au regard de la proportion des gens qui surestiment leur poids, ceux de poids insuffisant ou de poids normal sont uniquement comparés les uns aux autres puisqu'il n'était pas possible d'obtenir la proportion des personnes qui se considèrent obèses alors qu'elles font de l'embonpoint. En d'autres termes, l'enquête ne permet pas de connaître la proportion des résidents nord-côtiers en embonpoint qui surestiment leur poids.

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

< 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.

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

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

X Donnée infime ou inexistante.

§ 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.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

**Tableau 10 Rapports de cotes reliant la sous-estimation du poids corporel<sup>1</sup> et certaines caractéristiques selon le sexe chez les personnes qui font de l'embonpoint<sup>2</sup>, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Homme		Femme	
	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Âge<sup>3</sup></b>				
18 à 29 ans	<b>4,8</b>	[1,7 – 13,3]	1,2	[0,5 – 2,8]
30 à 44 ans	<b>2,5</b>	[1,3 – 4,8]	0,6	[0,3 – 1,2]
45 à 64 ans	1,5	[0,9 – 2,6]	<b>0,5</b>	[0,3 – 0,8]
65 ans et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>RLS de résidence</b>				
Haute-Côte-Nord	0,9	[0,4 – 1,8]	1,8	[0,9 – 3,7]
Manicouagan	1,8	[0,8 – 3,8]	1,6	[0,8 – 3,2]
Port-Cartier	1,4	[0,6 – 3,2]	1,6	[0,7 – 3,3]
Sept-Îles	1,9	[0,8 – 4,2]	1,7	[0,9 – 3,6]
Canicapiscau	1,3	[0,5 – 3,3]	<b>3,0</b>	[1,2 – 7,4]
Minganie	1,5	[0,6 – 3,4]	<b>3,6</b>	[1,8 – 7,3]
Basse-Côte-Nord <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Revenu du ménage<sup>3</sup></b>				
Moins de 20 000 \$	1,8	[0,7 – 4,2]	0,8	[0,4 – 1,7]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,2	[0,6 – 2,2]	1,0	[0,6 – 1,9]
40 000 \$ à 59 999 \$	<b>2,1</b>	[1,2 – 3,6]	0,9	[0,5 – 1,7]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,1	[0,6 – 2,0]	0,9	[0,5 – 1,7]
80 000 \$ et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>3</sup></b>				
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	1,2	[0,6 – 2,3]	2,0 Δ	[1,0 – 3,9]
Diplôme d'études secondaires	1,3	[0,7 – 2,4]	1,6	[0,9 – 3,1]
Diplôme d'études collégiales	1,5	[0,8 – 2,8]	0,9	[0,5 – 1,7]
Diplôme universitaire <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>3</sup></b>				
Pas de diplôme universitaire	1,3	[0,8 – 2,3]	1,3	[0,7 – 2,2]
Diplôme universitaire <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Statut matrimonial</b>				
Marié(e)/Union de fait	0,9	[0,5 – 1,6]	0,9	[0,5 – 1,5]
Célibataire/Jamais marié(e)	0,8	[0,4 – 1,6]	0,9	[0,5 – 1,9]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve) <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Perception de la santé en général<sup>3</sup></b>				
Excellente, très bonne, bonne <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
Passable ou mauvaise	0,9	[0,5 – 1,7]	0,9	[0,5 – 1,6]
<b>Hypertension artérielle</b>				
Oui	0,8	[0,5 – 1,3]	0,8	[0,5 – 1,3]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Diabète</b>				
Oui	0,9	[0,5 – 1,6]	1,2	[0,6 – 2,4]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Tabagisme<sup>4</sup></b>				
Fumeur actuel	1,1	[0,6 – 2,0]	0,8	[0,5 – 1,4]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	<b>0,6</b>	[0,3 – 0,9]	0,6 v	[0,4 – 1,0]
N'a jamais fumé <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir (2 catégories)<sup>5</sup></b>				
Sédentaire	1,1	[0,7 – 1,8]	0,7	[0,4 – 1,1]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir (4 catégories)<sup>6</sup></b>				
Sédentaire	0,9	[0,5 – 1,7]	<b>0,5</b>	[0,3 – 0,9]
Peu actif	<b>0,5</b>	[0,3 – 0,9]	0,9	[0,5 – 1,6]
Moyennement actif	0,7	[0,4 – 1,1]	1,1	[0,7 – 1,9]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...

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

1. Catégorie de référence : perception du poids correspondant au statut pondéral réel.
2. Indice de masse corporelle (IMC) : 25,0 - 29,9.
3. Le rapport de cotes est corrigé en fonction des trois autres variables d'ajustement.
4. La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » réfère aux personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.
5. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale d'une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête.
6. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale de quatre fois par semaine dans l'année précédant l'enquête. Une fréquence de deux à trois fois par semaine correspond au niveau « moyennement actif ». Une fréquence de deux à trois fois par mois ou d'une fois par semaine correspond au niveau « peu actif ». La sédentarité décrit une personne qui n'a pas pratiqué une activité physique de loisir ou qui en a fait environ une fois par mois durant la période de référence.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

†† Ajusté pour tenir compte de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Δ Près du seuil de signification statistique de risque plus élevé.

v Près du seuil de signification statistique de risque moins élevé.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 11 Rapports de cotes reliant la sous-estimation du poids corporel<sup>1</sup> et certaines caractéristiques selon le sexe chez les personnes obèses<sup>2</sup>, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Homme		Femme	
	Rapport de cotes corrigé**	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé**	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Age<sup>3</sup></b>				
18 à 29 ans	1,8	[0,5 – 5,8]	0,4	[0,1 – 2,2]
30 à 44 ans	1,3	[0,4 – 4,0]	0,5	[0,1 – 1,9]
45 à 64 ans	1,5	[0,6 – 3,5]	0,6	[0,3 – 1,4]
65 ans et plus†	1,0	...	1,0	...
<b>RLS de résidence</b>				
Haute-Côte-Nord	1,0	[0,3 – 3,3]	1,7	[0,5 – 6,3]
Manicouagan	1,2	[0,4 – 4,0]	1,0	[0,2 – 4,7]
Port-Cartier	1,1	[0,3 – 3,9]	1,6	[0,4 – 6,8]
Sept-Îles	0,8	[0,2 – 2,6]	3,2	[0,9 – 11,8]
Canicapiscau	0,9	[0,2 – 3,6]	3,6	[0,5 – 28,5]
Minganie	0,9	[0,3 – 3,2]	5,2	[1,5 – 18,7]
Basse-Côte-Nord†	1,0	...	1,0	...
<b>Revenu du ménage<sup>3</sup></b>				
Moins de 20 000 \$	0,9	[0,2 – 3,6]	<b>9,4</b>	[2,5 – 35,0]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,4	[0,5 – 3,7]	<b>3,8</b>	[1,1 – 13,0]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,0	[0,4 – 2,6]	1,1	[0,2 – 5,5]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,4	[0,6 – 3,6]	1,5	[0,4 – 6,2]
80 000 \$ et plus†	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>3</sup></b>				
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	<b>12,9</b>	[3,7 – 44,7]	<b>5,8</b>	[1,1 – 31,0]
Diplôme d'études secondaires	<b>11,7</b>	[3,5 – 39,4]	5,1	[0,9 – 29,3]
Diplôme d'études collégiales	<b>8,5</b>	[2,6 – 28,4]	1,8	[0,3 – 12,0]
Diplôme universitaire†	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>3</sup></b>				
Pas de diplôme universitaire	<b>10,5</b>	[3,4 – 32,2]	4,2	[0,8 – 22,2]
Diplôme universitaire†	1,0	...	1,0	...
<b>Statut matrimonial</b>				
Marié(e)/Union de fait	1,3	[0,3 – 4,7]	0,8	[0,3 – 2,8]
Célibataire/Jamais marié(e)	0,9	[0,2 – 4,2]	1,5	[0,4 – 6,2]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve)†	1,0	...	1,0	...
<b>Perception de la santé en général<sup>3</sup></b>				
Excellente, très bonne, bonne†	1,0	...	1,0	...
Passable ou mauvaise	1,2	[0,5 – 2,8]	0,6	[0,3 – 1,5]
<b>Hypertension artérielle</b>				
Oui	0,6	[0,3 – 1,4]	<b>0,5</b>	[0,2 – 1,0]
Non†	1,0	...	1,0	...
<b>Diabète</b>				
Oui	0,8	[0,3 – 1,8]	1,3	[0,6 – 2,7]
Non†	1,0	...	1,0	...
<b>Tabagisme<sup>4</sup></b>				
Fumeur actuel	1,3	[0,5 – 3,3]	1,5	[0,6 – 3,8]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	0,8	[0,4 – 1,7]	0,9	[0,4 – 2,3]
N'a jamais fumé†	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir (2 catégories)<sup>5</sup></b>				
Sédentaire	0,9	[0,4 – 1,9]	1,3	[0,6 – 2,8]
Actif†	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir (4 catégories)<sup>6</sup></b>				
Sédentaire	0,6	[0,2 – 1,3]	1,0	[0,4 – 2,7]
Peu actif	<b>0,3</b>	[0,1 – 0,9]	0,4	[0,1 – 1,2]
Moyennement actif	0,5	[0,2 – 1,3]	0,9	[0,3 – 2,6]
Actif†	1,0	...	1,0	...

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

1. Catégorie de référence : perception du poids correspondant au statut pondéral réel.
  2. Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 30,0$ .
  3. Le rapport de cotes est corrigé en fonction des trois autres variables d'ajustement.
  4. La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » réfère aux personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.
  5. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale d'une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête.
  6. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale de quatre fois par semaine dans l'année précédant l'enquête. Une fréquence de deux à trois fois par semaine correspond au niveau « moyennement actif ». Une fréquence de deux à trois fois par mois ou d'une fois par semaine correspond au niveau « peu actif ». La sédentarité décrit une personne qui n'a pas pratiqué une activité physique de loisir ou qui en a fait environ une fois par mois durant la période de référence.
- † Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.  
 †† Ajusté pour tenir compte de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé.  
 --- N'ayant pas lieu de figurer.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 12 Rapports de cotes reliant la sous-estimation du poids corporel<sup>1</sup> et certaines caractéristiques selon le sexe chez les personnes en surplus de poids<sup>2</sup>, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Homme		Femme	
	Rapport de cotes corrigé**	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé**	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Age<sup>3</sup></b>				
18 à 29 ans	2,0	[1,1 – 4,0]	0,7	[0,4 – 1,5]
30 à 44 ans	1,3	[0,8 – 2,2]	0,6	[0,3 – 0,9]
45 à 64 ans	1,3	[0,8 – 2,0]	0,5	[0,3 – 0,8]
65 ans et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>RLS de résidence</b>				
Haute-Côte-Nord	1,0	[0,5 – 1,8]	2,1	[1,1 – 3,7]
Manicouagan	1,8	[1,0 – 3,3]	1,7	[0,9 – 3,1]
Port-Cartier	1,1	[0,6 – 2,1]	1,5	[0,8 – 2,7]
Sept-Îles	1,3	[0,7 – 2,3]	2,1	[1,2 – 3,8]
Canicapiscau	1,0	[0,5 – 2,0]	3,3	[1,6 – 6,9]
Minganie	1,2	[0,6 – 2,2]	3,7	[2,1 – 6,6]
Basse-Côte-Nord <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Revenu du ménage<sup>3</sup></b>				
Moins de 20 000 \$	1,2	[0,6 – 2,3]	1,4	[0,7 – 2,6]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,0	[0,6 – 1,7]	1,2	[0,7 – 2,0]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,6	[1,0 – 2,4]	0,9	[0,5 – 1,5]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,1	[0,7 – 1,8]	0,9	[0,5 – 1,5]
80 000 \$ et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>3</sup></b>				
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	1,5	[0,9 – 2,7]	1,7	[1,0 – 3,0]
Diplôme d'études secondaires	1,8	[1,1 – 3,0]	1,5	[0,9 – 2,6]
Diplôme d'études collégiales	1,6	[0,9 – 2,7]	0,9	[0,5 – 1,6]
Diplôme universitaire <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>3</sup></b>				
Pas de diplôme universitaire	1,7	[1,0 – 2,7]	1,3	[0,8 – 2,1]
Diplôme universitaire <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Statut matrimonial</b>				
Marié(e)/Union de fait	0,8	[0,5 – 1,3]	0,8	[0,5 – 1,3]
Célibataire/Jamais marié(e)	0,7	[0,4 – 1,2]	1,1	[0,6 – 2,1]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve) <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Perception de la santé en général<sup>3</sup></b>				
Excellente, très bonne, bonne <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
Passable ou mauvaise	0,8	[0,5 – 1,3]	0,8	[0,5 – 1,2]
<b>Hypertension artérielle</b>				
Oui	0,6	[0,4 – 0,9]	0,7	[0,5 – 1,0]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Diabète</b>				
Oui	0,6	[0,4 – 1,0]	0,8	[0,5 – 1,2]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Tabagisme<sup>4</sup></b>				
Fumeur actuel	1,3	[0,8 – 1,9]	1,1	[0,7 – 1,7]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	0,7	[0,5 – 1,0]	0,7	[0,5 – 1,0]
N'a jamais fumé <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir (2 catégories)<sup>5</sup></b>				
Sédentaire	0,9	[0,7 – 1,3]	0,7	[0,5 – 0,9]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir (4 catégories)<sup>6</sup></b>				
Sédentaire	0,8	[0,5 – 1,2]	0,5	[0,3 – 0,7]
Peu actif	0,4	[0,3 – 0,7]	0,7	[0,4 – 1,1]
Moyennement actif	0,6	[0,4 – 1,0]	1,1	[0,7 – 1,6]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...

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

1. Catégorie de référence : perception du poids correspondant au statut pondéral réel.
  2. Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 25,0$ .
  3. Le rapport de cotes est corrigé en fonction des trois autres variables d'ajustement.
  4. La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » réfère aux personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.
  5. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale d'une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête.
  6. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale de quatre fois par semaine dans l'année précédant l'enquête. Une fréquence de deux à trois fois par semaine correspond au niveau « moyennement actif ». Une fréquence de deux à trois fois par mois ou d'une fois par semaine correspond au niveau « peu actif ». La sédentarité décrit une personne qui n'a pas pratiqué une activité physique de loisir ou qui en a fait environ une fois par mois durant la période de référence.
- † Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.  
 †† Ajusté pour tenir compte de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé.  
 --- N'ayant pas lieu de figurer.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 13 Synthèse des associations<sup>1</sup> entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et la sous-estimation du poids corporel<sup>2</sup> chez les personnes en embonpoint, obèses, en surplus de poids (embonpoint ou obèse) selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Hommes	Femmes
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque plus élevé de sous-estimer son poids<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	18 à 29 ans *** ou 30 à 44 ans (65 ans et plus) Ménage ayant un revenu de 40 000 \$ à 60 000 \$ (revenu de 80 000 \$ et plus)	RLS de Caniapiscou *** ou RLS de la Minganie *** (RLS de la Basse-Côte-Nord)
Personne obèse	Tous les niveaux de scolarité inférieurs à un diplôme universitaire (diplôme universitaire)***	Ménage ayant un revenu de moins de 20 000 \$ *** ou un revenu de 20 000 \$ à 40 000 \$ *** (revenu de 80 000 \$ et plus) Pas de diplôme d'études secondaires *** (diplôme universitaire)
Personne en surplus de poids (Embonpoint ou obèse)	18 à 29 ans (65 ans et plus) RLS de Manicouagan (RLS de la Basse-Côte-Nord) Ménage ayant un revenu de 40 000 \$ à 60 000 \$ (revenu de 80 000 \$ et plus)	RLS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles, de Caniapiscou, de la Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord)
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque moins élevé de sous-estimer son poids<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	Ex-fumeur récent/Ancien fumeur (N'a jamais fumé) Peu actif (actif)	45 à 64 ans (65 ans et plus) Sédentaire (active)
Personne obèse	Peu actif (actif)	Hypertension artérielle (pas d'hypertension)
Personne en surplus de poids (Embonpoint ou obèse)	Hypertension artérielle (pas d'hypertension) Peu actif (actif)	30 à 44 ans ou 45 à 64 ans (65 ans et plus) Hypertension artérielle (pas d'hypertension) Sédentaire (active) Les deux variables : 2 catégories et 4 catégories).

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., Hamel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois*. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec, 24 p. (tableau 2, page 18).

1. Selon les analyses de régression logistique présentées dans les tableaux 10 à 12. 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 de sous-estimer son poids corporel, selon le sexe, chez les personnes en embonpoint, obèses, en excès de poids (embonpoint ou obésité). Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de l'âge, du revenu, de la scolarité et la perception de l'état de santé. Lorsque l'une des caractéristiques constitue aussi une variable contrôle, les rapports de cotes sont ajustés en fonction des trois autres facteurs confondants. Par ailleurs, lorsque l'on parle d'une association significative, on ne peut pas nécessairement en déduire une relation de cause à effet. La nature même de l'ESCN 2010 ne permet pas de tirer ce genre de conclusion.
2. Catégorie de référence : perception du poids correspondant au statut pondéral réel (concordance).
3. On parle de risque plus élevé lorsque les rapports de cotes sont supérieurs à 1 et significatifs au seuil de 5 %. Le risque est moindre 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. Dans le cas présent, 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).

\*\*\* Les intervalles de confiance des rapports de cotes sont très larges, ce qui témoigne d'une forte variabilité.

NOTE : Chaque caractéristique doit être considérée indépendamment des autres. Ainsi, après un ajustement pour le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé, les hommes en embonpoint de 18 à 29 ans et de 30 à 44 ans sont plus susceptibles de sous-estimer leur poids corporel que ceux de 65 ans et plus. Chez les femmes qui font de l'embonpoint, après un ajustement pour l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé, celles résidant dans les RLS de Caniapiscou ou de la Minganie sont aussi plus susceptibles de sous-estimer leur poids que celles résidant en Basse-Côte-Nord. Du côté des hommes obèses, ceux qui sont peu actifs sont moins sujets à sous-estimer leur poids que ceux qui sont actifs.

## CHAPITRE 5 : ACTIONS ENTREPRISES AU REGARD DU POIDS

La prochaine section porte sur les actions entreprises au regard du poids corporel dans les six mois précédant l'enquête. Dans un premier temps, nous présentons les résultats régionaux en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et selon d'autres aspects liés aux habitudes de vie, au statut pondéral ainsi qu'à l'état de santé en général. En deuxième lieu, nous recourons à des modèles de régression logistique pour cerner des facteurs liés aux tentatives de perdre du poids ainsi qu'à celles de le maintenir (ou de le contrôler) ou au fait de n'avoir rien fait, en tenant compte, d'abord, de la présence de certaines variables de contrôle (âge, sexe, revenu, scolarité, perception de son état de santé en général) et, ensuite, de l'ajout du statut pondéral comme dernière variable dans les modèles statistiques.

### 5.1 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

#### 5.1.1 Source de la question

L'Enquête santé Côte-Nord 2010 comporte une seule question, empruntée à l'ESCC, relative aux gestes posés au regard du poids corporel. Les femmes enceintes au moment de l'enquête n'étaient pas visées par cette question.

*Au cours des 6 derniers mois, c'est-à-dire du (date d'aujourd'hui moins 6 mois) et se terminant hier, avez-vous fait quelque chose concernant votre poids?*

Au besoin, l'intervieweur pouvait lire les choix de réponse : *Vous avez essayé de perdre du poids; Vous avez essayé de contrôler (maintenir) votre poids; Vous avez essayé de gagner du poids; Vous n'avez rien fait concernant votre poids.*

Les données ont été ventilées selon un ensemble de caractéristiques de la population régionale. Les résultats sont présentés aux tableaux 14 à 18.

#### 5.1.2 Limites dans l'interprétation

En ce qui a trait par exemple aux tentatives faites pour perdre du poids, l'enquête ne contient pas de questions visant à connaître les principaux moyens utilisés par la population. Ainsi, nous ne savons pas si des méthodes potentiellement néfastes, voire dangereuses, pour la santé ont pu être employées par les personnes désireuses de diminuer leur poids.

Les données touchant les actions entreprises ou non en lien avec le poids corporel reposent sur l'auto-déclaration et peuvent donc être soumises à différents types de biais, dont celui lié à la capacité de se remémorer des événements passés et celui de désirabilité sociale. Le biais de désirabilité sociale a pu amener certains répondants à mentionner avoir tenté de perdre du poids alors que ce n'est peut-être pas le cas<sup>[117]</sup> ou à ne pas rapporter avoir voulu le contrôler<sup>[133]</sup>.

### 5.2 RÉSULTATS

**En 2010, environ 23 % de la population adulte nord-côtière rapporte avoir essayé de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête.**

Les résultats révèlent qu'environ 23 % des résidents nord-côtiers ont tenté de perdre du poids, 28 % ont essayé de le maintenir, 48 % n'ont rien fait durant la période de référence (tableau 14). Les autres Nord-Côtiers, soit environ 2 % déclarent plutôt avoir essayé d'en gagner. En raison de la faible taille de l'échantillon des personnes appartenant à dernier groupe (n = 55), les actions relatives tentatives de prendre du poids ne sont pas analysées dans ce document.

### 5.2.1 Variations selon le sexe, l'âge et le statut matrimonial

Les données selon ces variables de croisement sont présentées au tableau 14. Les résultats de l'enquête font ressortir des écarts significatifs entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux actions posées pour tenter de perdre du poids ou au fait de n'avoir rien entrepris. Si en proportion, les femmes rapportent davantage que les hommes avoir essayé d'abaisser leur poids (25 % c. 20 %), les hommes, pour leur part, sont plus enclins à n'avoir rien fait de particulier (52 % c. 44 %).

Que les femmes aient davantage essayé que les hommes de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête s'explique par la situation observée chez les 18 à 29 ans. Dans ce groupe d'âge, c'est le cas d'environ une femme sur trois (33 %) et d'un homme sur six (\*17 %). Dans les autres catégories d'âge, l'écart entre les sexes n'est pas significatif, mais suit la même tendance, sauf chez les individus âgés de 65 ans et plus. Parmi ces derniers, ce sont davantage les hommes que les femmes qui ont tendance à déclarer avoir tenté de maigrir (19 % c. 15 %).

Dans l'ensemble de la population, les résultats ne permettent pas de relever une variation significative selon le sexe quant aux essais pour contrôler son poids; cependant, les femmes tendent davantage que les hommes à avoir essayé d'en perdre (29 % c. 26 %) durant la période de référence. Cependant, parmi les adultes nord-côtiers âgés de 18 à 29 ans, les hommes sont plus enclins que les femmes à mentionner avoir posé des gestes en ce sens (32 % c. \*17 %). En contrepartie, ils le sont moins que les femmes chez les 30 à 44 ans (22 % c. 30 %) ou chez les 45 à 64 ans (26 % c. 33 %). Aucun écart statistique entre les sexes n'est détecté à cet égard au sein de la population aînée, bien que les hommes tendent également à être moins nombreux que les femmes à avoir entrepris de contrôler leur poids (23 % c. 28 %).

N'avoir rien fait de particulier au regard de son poids s'avère, nous venons de le voir, une caractéristique plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (52 % c. 44 %). Cet écart significatif prévaut chez les personnes âgées de 30 à 44 ans (56 % c. 43 %) et celles de 45 à 64 ans (51 % c. 39 %), mais non parmi les jeunes de 18 à 29 ans (46 % c. 47 %) et les individus âgés de 65 ans et plus (57 % c. 56 %).

Globalement, les tentatives pour perdre du poids ou de le maintenir ne sont pas associées à l'âge. Par contre, n'avoir rien fait à l'égard de son poids, au cours de la période de référence de six mois, est plus fréquent chez les aînés de 65 ans et plus (56 %) comparativement aux Nord-Côtiers de 18 à 64 ans (47 %). Cette situation s'avère moins courante du côté des personnes âgées de 45 à 64 ans (45 %) que dans l'ensemble des autres groupes d'âge (51 %).

Une analyse différenciée selon les sexes révèle que l'âge est associé aux actions au regard de son poids, mais chez les femmes seulement. Ainsi, chez ces dernières, les jeunes femmes de 18 à 29 ans sont plus nombreuses, en proportion, à avoir adopté des comportements visant la réduction de leur poids (33 %) en comparaison des Nord-Côtières de 30 ans et plus (24 %). Pour leur part, les femmes âgées de 65 ans et plus sont moins susceptibles d'avoir tenté quelque chose pour diminuer leur poids corporel (15 %) que l'ensemble des autres Nord-Côtières adultes.

Les actions relatives au maintien du poids s'avèrent moins populaires parmi les jeunes femmes de 18 à 29 ans (\*17 %), mais sont plus courantes chez celles ayant de 45 à 64 ans (33 %). D'ailleurs, les Nord-Côtières de 45 à 64 ans sont moins nombreuses, en proportion, à n'avoir rien fait de particulier au sujet de leur poids (39 %) que les femmes de l'ensemble des autres groupes d'âge (48 %).

Enfin, c'est chez les personnes de 65 ans et plus où l'on rencontre la plus forte proportion de Nord-Côtières (56 %) qui déclarent n'avoir rien tenté.

Les actions concernant son poids sont associées au statut matrimonial dans l'ensemble de la population. Au sein de la population régionale, en regard de l'ensemble des autres statuts matrimoniaux, on note que les gens séparés/divorcés ou veufs sont moins enclins à avoir tenté de perdre du poids (16 %). Toutefois, ils sont plus nombreux, en proportion, à n'avoir rien tenté (55 %) que les autres Nord-Côtiers (47 %).

Le lien significatif noté dans la population régionale s'observe également chez les femmes relativement aux tentatives de réduire leur poids ou au fait de n'avoir rien accompli. Les femmes séparées/divorcées ou veuves sont moins sujettes d'avoir adopté des comportements visant à diminuer leur poids (14 %) que les autres Nord-Côtières (28 %). Inversement, elles sont davantage susceptibles de ne rapporter aucune action en lien avec leur poids (53 %).

Les données de l'ESCN ne permettent pas de dégager de liens significatifs entre le statut matrimonial et les tentatives de maintenir ou de contrôler son poids corporel, et ce, tant dans la population régionale dans son ensemble que chez les hommes et les femmes.

Dans l'ensemble de la population et chez les femmes, les actions visant une perte de poids sont associées au statut matrimonial. Il en est de même concernant le fait de n'avoir rien tenté de particulier. Les personnes séparées, divorcées ou veuves sont moins susceptibles d'avoir adopté des moyens pour diminuer leur poids que les autres résidents nord-côtières. En contrepartie, elles sont aussi plus enclines que les autres à ne pas s'être engagées dans des actions quelconques en lien avec leur poids corporel.

L'analyse croisée du statut matrimonial et du sexe démontre la présence d'écarts entre les hommes et les femmes. Ainsi, chez les gens mariés ou qui vivent en union de fait, avoir essayé de maigrir constitue une action moins répandue chez les hommes que chez les femmes (21 % c. 27 %). Le même phénomène prévaut chez les célibataires (21 % c. 30 %). La même tendance existe dans le cas des personnes séparées/divorcées ou veuves, mais elle n'est pas significative au plan statistique (\*18 % c. 14 %). Quant aux gens n'ayant rien tenté, le seul écart significatif entre les sexes est enregistré chez les individus mariés ou vivant en union de fait (hommes : 52 %; femmes : 42 %).

#### 5.2.2 Variations selon le revenu et la scolarité

Ces variations sont présentées au tableau 15. Dans l'ensemble de la population adulte régionale et chez les femmes, on peut remarquer que les données de l'enquête ne permettent pas de relever une association significative entre avoir fait ou non quelque chose par rapport à son poids et le revenu.

Dans le cas des hommes, toutefois, seules les tentatives faites pour maintenir ou contrôler leur poids varient selon le revenu familial. Ainsi, ceux qui résident dans un ménage ayant un revenu annuel inférieur à 40 000 \$ sont moins susceptibles (20 000 \$ ou moins : \*16 %; 20 000 \$ à 39 999 \$ : 20 %) d'avoir essayé de contrôler leur poids que le reste de la population masculine régionale. Au contraire, ceux qui vivent dans les ménages les mieux nantis, c'est-à-dire qui gagnent 80 000 \$ et plus par année, sont plus susceptibles de rapporter l'avoir fait (32 %) que les autres hommes nord-côtières (23 %).

Dans l'ensemble de la population régionale, on n'observe pas de variations significatives entre les tentatives de perdre du poids et le niveau de scolarité. Toutefois, chez les hommes, les détenteurs d'un diplôme universitaire sont proportionnellement plus nombreux à l'avoir fait (30 %) que le reste de la population masculine nord-côtière (19 %). Chez les femmes, ce sont celles qui n'ont pas complété d'études secondaires qui se démarquent par une proportion inférieure de personnes qui ont tenté quelque chose durant la période de référence (20 %) en comparaison des autres Nord-Côtières (27 %).

Toujours au sein de la population féminine, l'enquête ne fait pas ressortir d'écarts significatifs selon les niveaux de scolarité concernant les essais de maintenir ou contrôler leur poids. Chez les hommes, cette option s'avère moins fréquente, en proportion, parmi ceux qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (20 %). Elle l'est davantage, par contre, chez les détenteurs d'un diplôme collégial (33 %). Si on fait abstraction du sexe, on constate que les tentatives de contrôler son poids s'avèrent proportionnellement moins fréquentes parmi les personnes sans études secondaires (23 %) ou qui les ont complétées (25 %), mais le sont davantage chez les individus ayant terminé des études collégiales (32 %).

### 5.2.3 Variations selon le statut pondéral, la perception du poids et la concordance entre le poids perçu et le statut pondéral

Le tableau 16 fait état des résultats selon ces variables de croisement.

#### 5.2.3.1 Selon le statut pondéral et la perception du poids corporel

Les données de l'enquête permettent de dégager un lien significatif avec le statut pondéral de même qu'avec la perception que les résidents nord-côtiers ont de leur poids. Exception faite des gens ayant un poids insuffisant, on remarque que la proportion de gens qui rapportent avoir tenté de perdre du poids augmente avec la croissance de l'IMC, et ce, autant dans la population en général, que chez les hommes et les femmes. Les deux sexes confondus, l'on note que cette proportion passe de 12 % chez ceux qui ont un poids normal, à 20 % chez les individus qui font de l'embonpoint et à 44 % des personnes obèses.

Toutes proportions gardées, les hommes dont l'IMC les classe dans la catégorie « poids normal » ou dans la catégorie « embonpoint » sont moins nombreux que femmes à avoir essayé de perdre du poids (poids normal : 7 % c. 14 %; embonpoint : 16 % c. 27 %). Chez les personnes obèses, les résultats régionaux ne font pas apparaître un écart significatif selon le sexe (hommes : 42 %; femmes : 47 %).

Parmi les individus se percevant en embonpoint, un peu plus de quatre sur dix (43 %) ont essayé de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête. Cette action s'avère plus fréquente chez ces derniers que chez les personnes qui évaluent leur poids comme normal (11 %). Le même constat s'observe pour les deux sexes. Chez les personnes qui estiment avoir un surplus de poids, on ne dénote pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les tentatives de perdre du poids (42 % c. 44 %). En revanche, au sein de la population percevant son poids comme normal, les hommes déclarent moins fréquemment que les femmes avoir entrepris de perdre du poids (9 % c. 14 %).

Dans l'ensemble de la population, le fait d'essayer de maintenir ou de contrôler son poids constitue une caractéristique plus fréquente chez les personnes en embonpoint (31 %) que chez les autres résidents nord-côtiers (25 %). En revanche, elle s'avère moins courante chez les gens obèses (24 %) comparativement que chez les non-obèses (29 %). Ce lien significatif avec le statut pondéral observé dans la population régionale ne se confirme que chez les femmes. Chez les personnes ayant un poids normal, le contrôle du poids a été envisagé par moins d'hommes, en proportion, que de femmes (22 % c. 29 %).

À cet égard, les données de l'enquête ne révèlent pas de variation significative avec la perception de son poids, et ce, que ce soit chez les hommes, les femmes ou dans la population globale. Quelle que soit la perception de leur poids, les hommes et les femmes se comportent de manière semblable en ce qui a trait au contrôle de leur poids durant la période de référence de six mois précédant l'enquête (tableau 16).

N'avoir rien fait concernant son poids est significativement lié au statut pondéral. Par exemple, les gens obèses sont moins susceptibles de n'avoir rien fait (31 %) que les autres résidents nord-côtiers. Cette association avec le statut pondéral se vérifie pour les deux sexes.

Ce type de comportement varie aussi selon la perception de son poids, et ce, à la fois dans l'ensemble de la population et pour chacun des sexes. Ainsi, il est question d'environ 30 % des gens qui estiment faire de l'embonpoint et de 58 % de ceux qui estiment avoir un poids normal. Un profil similaire peut être observé chez les hommes et les femmes dans la mesure où ce comportement est plus fréquent chez les individus qui jugent leur poids comme normal que chez ceux qui pensent avoir une surcharge pondérale. Une différence significative entre les sexes n'est détectée que chez les personnes qui évaluent leur poids comme normal : c'est le cas de 62 % des hommes comparativement à 54 % des femmes (tableau 16).

### 5.2.3.2 *Selon la concordance entre le poids perçu et le poids réel*

Nous avons déjà mentionné l'importance d'avoir une perception réaliste de son poids corporel dans la mesure où, par exemple, une personne en embonpoint ou obèse, mais qui ne se perçoit pas comme tel, pourrait ne pas se sentir incitée à entreprendre des actions pour diminuer son poids.

On constate un lien significatif entre le fait d'avoir posé ou non des gestes concrets à l'égard de son poids et l'adéquation entre son poids réel et la vision qu'on en a. Ainsi, dans l'ensemble de la population régionale, avoir tenté de perdre du poids s'avère moins fréquent lorsque l'on sous-estime son statut pondéral (12 %) que lorsqu'on se perçoit en conformité avec son poids réel (concordance : 28 %). La même remarque vaut pour les hommes (10 % c. 28 %) et chez les femmes (17 % c. 27 %). Chez les personnes qui sous-estiment leur poids, les hommes sont moins sujets d'avoir essayé d'en perdre que les femmes (10 % c. 17 %). L'enquête ne révèle pas d'écart significatif entre les sexes à ce sujet dans le groupe de ceux qui perçoivent adéquatement leur statut pondéral.

Les tentatives faites pour maintenir ou contrôler son poids sont aussi associées au degré de concordance. Les personnes qui s'estiment moins pesantes qu'elles ne le sont réellement sont plus enclines à avoir essayé de le faire (32 %) que celles qui s'évaluent réalistement (26 %). Le même phénomène existe pour les deux sexes (hommes : 31 % c. 22 %; femmes : 36 % c. 28 %). Un écart significatif entre les sexes n'est enregistré qu'au sein de la population se percevant conformément à son statut pondéral (hommes : 22 %; femmes : 28 %).

L'inaction au regard de son poids varie aussi avec le degré de concordance entre le poids perçu et le statut pondéral. Ce choix s'avère plus courant parmi ceux qui sous-estiment leur poids (55 %) que chez ceux qui en ont une perception conforme à leur IMC (45 %). Ce lien significatif s'observe chez les hommes (59 % c. 47 %), mais pas chez les femmes (45 % c. 43 %).

### 5.2.4 Variations selon les caractéristiques liées à l'état de santé

Ces données apparaissent au tableau 17.

#### 5.2.4.1 *Selon la perception de son état de santé en général*

Les actions entreprises concernant son poids ne varient généralement pas significativement en fonction de la perception de son état de santé, sauf chez les femmes. En effet, celles qui voient leur santé sous un angle favorable sont, en proportion, plus nombreuses à avoir tenté de maintenir leur poids que les Nord-Côtières qui affirment avoir une santé passable ou mauvaise (30 % c. 23 %). On remarque une tendance similaire, mais non significative, chez les hommes (26 % c. 24 %). Parmi les individus qui considèrent leur santé comme excellente, très bonne ou bonne, la proportion de ceux qui n'ont rien tenté dans les six mois précédant l'enquête s'avère plus grande chez les hommes (52 %) que chez les femmes (44 %).

#### 5.2.4.2 *Selon le niveau de détresse psychologique*

D'après l'enquête, le type d'action posée fluctue en relation avec l'indice de détresse psychologique. Ainsi, avoir essayé de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête est un comportement plus fréquent chez les personnes classées au niveau élevé de l'indice que chez celles situées au niveau faible à moyen (26 % c. 21 %). Les premières sont cependant moins sujettes à avoir adopté des moyens pour le maintenir ou le contrôler (23 % c. 29 %).

L'association significative observée dans la population en général se vérifie aussi au sein de la population féminine nord-côtière, mais non chez les hommes. Ainsi, toutes proportions gardées, on retrouve davantage de Nord-Côtières ayant essayé de perdre du poids chez celles regroupées au niveau élevé de détresse psychologique que parmi les femmes classées au niveau faible à moyen (33 % c. 23 %). Du côté des hommes, les proportions enregistrées dans les deux catégories sont comparables au plan statistique (19 % c. 20 %). Cependant, les hommes

appartenant au niveau élevé de l'indice sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter avoir tenté de perdre du poids (19 % c. 33 %).

Avoir essayé de maintenir son poids est plus fréquemment mentionné par les individus catégorisés au niveau faible ou moyen de l'indice de détresse psychologique que par ceux classés au niveau élevé, et ce, que ce soit dans l'ensemble de la population régionale (29 % c. 23 %) ou chez les femmes (31 % c. 23 %). Pour les hommes, la même tendance est observée, mais l'écart ne s'avère pas significatif au plan statistique (27 % c. 23 %). Les hommes situés au niveau faible à moyen sont moins sujets que les femmes à avoir tenté de le faire (27 % c. 31 %).

Les données indiquent que la proportion de personnes n'ayant rien tenté de spécifique à l'égard de leur poids est comparable dans les deux catégories de l'indice, et cela vaut autant pour les hommes que les femmes. Des écarts selon le sexe se dégagent des données de l'enquête : qu'ils appartiennent au niveau faible à moyen ou au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, la population masculine nord-côtière est plus encline que les femmes à n'avoir posé aucun geste en ce sens.

#### 5.2.4.3 Selon certaines maladies chroniques

Les informations apparaissent au tableau 17. Elles sont ventilées selon la présence ou non de certains problèmes chroniques de santé : le diabète, l'hypertension artérielle et la maladie cardiaque. On peut constater que seul le diabète est associé aux actions concernant le poids corporel. Ainsi, dans l'ensemble de la population régionale, n'avoir rien fait de particulier constitue un phénomène moins répandu chez les diabétiques (41 %) que chez les non-diabétiques (49 %). Ce constat est aussi valide chez les hommes (40 % c. 53 %), mais non du côté des femmes où les proportions s'avèrent comparables (43 % c. 44 %). Toutefois, les hommes non diabétiques sont plus susceptibles que les femmes de n'avoir pas tenté quelque chose (53 % c. 44 %).

Les tentatives de perdre du poids sont associées au diabète chez les hommes seulement. Ainsi, cette action se révèle répandue chez les hommes qui vivent avec cette maladie (29 %) que chez les non-diabétiques (20 %). Parmi les non-diabétiques, les hommes rapportent en moins grand nombre avoir tenté de perdre du poids que les femmes (20 % c. 25 %). Quant aux efforts consentis visant à maintenir son poids, les données régionales ne font pas ressortir de variations significatives avec le diabète et ne permettent pas non plus d'identifier de différences entre les sexes.

#### 5.2.5 Variations selon certaines habitudes de vie

Les actions au regard du poids corporel sont examinées en fonction de deux habitudes de vie : le tabagisme et l'activité physique de loisir. Les résultats apparaissent au tableau 18. On constate que les actions entreprises sont associées à ces deux habitudes de vie.

##### 5.2.5.1 Selon le statut tabagique

La proportion des gens qui ont tenté de perdre du poids chez les ex-fumeurs récents ou anciens fumeurs (30 %) surpasse celle enregistrée dans le reste de la population régionale (19 %). À l'inverse, cette proportion s'avère significativement moindre chez les fumeurs actuels (17 %). Les constats dégagés dans la population en général se vérifient pour les deux sexes.

Le fait que les ex-fumeurs récents ou anciens fumeurs aient davantage tenté de perdre du poids dans les six mois précédents l'enquête que les autres résidents nord-côtiers traduit, peut-être, l'adoption d'un comportement destiné à atténuer les inconvénients partiellement liés à la cessation tabagique. En effet, on observe souvent un gain de poids après qu'une personne ait cessé de fumer, vraisemblablement à la suite de changements dans le métabolisme et dans l'alimentation<sup>[86, 134-136]</sup>. Dans certains cas, le gain de poids était indépendant du nombre d'années écoulées depuis l'arrêt de la consommation de tabac<sup>[134]</sup>. D'autres avancent que le gain de poids se manifeste tôt après qu'une personne ait cessé de fumer et que le risque de prise de poids n'est pas plus grand chez les anciens fumeurs de longue date que chez les personnes n'ayant jamais fumé<sup>[137]</sup>. La crainte de prendre du poids

est partagée par de nombreux fumeurs et expliquerait, au moins en partie, pourquoi ils hésitent souvent de cesser de fumer malgré qu'ils connaissent les bienfaits pour la santé associés à l'arrêt du tabagisme<sup>[138]</sup>.

Dans cette enquête, les actions destinées à contrôler son poids sont également liées au statut tabagique sauf dans le cas des hommes. Les ex-fumeurs récents ou les anciens fumeurs ne se démarquent pas de manière significative. En revanche, en proportion, les fumeurs actuels rapportent en moins grand nombre avoir essayé de contrôler leur poids (21 %) tandis que ceux qui n'ont jamais fumé sont davantage susceptibles de l'avoir fait (31 %).

Les fumeurs actuels sont plus enclins à n'avoir rien tenté (60 %) que le reste de la population régionale (44 %). La proportion des individus qui rapportent n'avoir rien fait s'avère plus faible chez les ex-fumeurs récents ou anciens fumeurs (41 %) que celle enregistrée chez les autres Nord-Côtiers (52 %). Les gens qui n'ont jamais fait usage de cigarettes ne se différencient pas significativement à ce sujet du reste de la population régionale. Chez les ex-fumeurs récents ou anciens fumeurs, la proportion de personnes qui rapportent n'avoir pas tenté quelque chose concernant leur poids s'avère plus forte chez les hommes que chez les femmes (46 % c. 35 %).

#### 5.2.5.2 Selon l'activité physique de loisir

Pour les fins de cette analyse, être actif consiste à avoir pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale de quatre fois par semaine, dans une période de référence de 12 mois précédant l'enquête. La sédentarité caractérise une personne qui n'a pas pratiqué d'activité physique de loisir ou qui en a fait environ une fois par mois durant la même période.

Selon les résultats recueillis, en proportion, les sédentaires se révèlent moins susceptibles d'avoir essayé de maigrir dans les six mois précédant l'enquête (12 %) que le reste de la population nord-côtière (25 %). Ce lien significatif s'observe autant chez les hommes que chez les femmes. Ceux qui sont moyennement actifs ont davantage que les autres essayé de réduire leur poids corporel et cela s'avère pour la population en général, pour les hommes et les femmes. Parmi les sédentaires, les hommes ont moins tenté d'abaisser leur poids que les femmes (\*9 % c. 16 %).

Avoir essayé de maintenir son poids constitue un comportement plus fréquemment mentionné par les gens moyennement actifs et ceux considérés comme actifs (31 % dans les deux cas). La proportion la plus faible est enregistrée chez les sédentaires (18 %). Au sein de la population féminine, seules les sédentaires se démarquent du reste des autres Nord-Côtières par une proportion significativement plus faible (19 %) de personnes ayant entrepris des actions pour contrôler leur poids. Dans le cas des hommes, les moyennement actifs sont plus nombreux, en proportion, à avoir pris des mesures de contrôle du poids (31 %) en comparaison des autres hommes nord-côtiers (28 %).

N'avoir pris aucune mesure concernant son poids s'avère plus répandu chez les sédentaires (67 %) et moins fréquent parmi les individus moyennement actifs (40 %) ou actifs (43 %). Autant chez les hommes que chez les femmes, les sédentaires sont plus enclins à n'avoir rien essayé. D'ailleurs, parmi les sédentaires, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à n'avoir rien tenté de particulier (72 % c. 62 %). Il en est de même au sein de la population peu active. Les données de l'enquête ne permettent pas de déceler un écart significatif selon le sexe à cet égard chez les individus moyennement actifs ou actifs.

### 5.3 FACTEURS ASSOCIÉS AUX ACTIONS ENTREPRISES AU REGARD DU POIDS CORPOREL

Les constats qui se dégagent des tableaux 14 à 18 au regard du poids corporel sont tirées d'analyses bidimensionnelles. Dans la présente section, nous recourons à la régression logistique multiple pour enrichir ces observations et tenter de cerner quelques facteurs rattachés aux tentatives de perdre du poids, à celles faites pour le maintenir (ou le contrôler), ainsi qu'au fait de n'avoir rien entrepris. En premier lieu, les modèles statistiques sont corrigés pour tenir compte des effets simultanés de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de son

état de santé en général. En second lieu, le statut pondéral<sup>18</sup> est ensuite ajouté aux variables précédentes pour vérifier si les observations dégagées persistent. Les tableaux 19 et 20 présentent les résultats obtenus. Pour chaque type d'action, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique. Ainsi, dans le cas de ceux qui n'ont rien fait, la catégorie de référence comprend l'ensemble des résidents nord-côtiers qui ont tenté quelque chose (perdre du poids ou le maintenir) dans les six mois précédant l'enquête. Afin d'alléger le texte, seuls les résultats significatifs sont discutés.

### 5.3.1 Le sexe

Selon les premières analyses effectuées, le sexe est significativement associé aux tentatives de perdre du poids durant la période de référence de six mois; ces actions sont moins courantes chez les hommes que chez les femmes (tableau 14). Cette observation persiste toujours dans les modèles de régression logistique. Ainsi, la cote ajustée qui exprime la probabilité que la population masculine ait posé des gestes en vue de réduire son poids se révèle significativement plus faible chez les Nord-Côtiers (RC = 0,7) que les Nord-Côtières (RC = 1,0 par définition) (tableau 19).

L'analyse bivariée n'a pas révélé d'écart significatif entre les hommes et les femmes relativement aux tentatives de contrôler son poids. Cette observation prévaut encore après un premier ajustement selon l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de son état de santé bien que les hommes présentent une tendance à moins le faire que les femmes (RC = 0,8). Quand on inclut le poids corporel dans un deuxième modèle statistique, les hommes s'avèrent alors significativement moins susceptibles d'avoir essayé de contrôler leur poids durant la période de référence de six mois. Enfin, l'analyse multivariée confirme que, comparativement aux femmes, les hommes obtiennent une cote qui traduit un risque plus élevé qu'ils n'aient accompli aucune action spécifique (RC = 1,5) (tableau 19).

### 5.3.2 L'âge

Au tableau 14, nous avons vu que, dans l'ensemble de la population, les entreprises visant à réduire son poids ou à le maintenir ne sont pas associées à l'âge contrairement au fait de n'avoir rien tenté. Aucune variation significative n'a été relevée chez les hommes quel que soit le type d'action considérée. Par ailleurs, chez les femmes, l'analyse bivariée a démontré un lien avec l'âge autant en ce qui concerne les tentatives de maigrir ou de contrôler leur poids et l'absence d'actions concrètes au regard du statut pondéral.

Dans le premier modèle de régression logistique, l'âge est corrigé en fonction des quatre autres variables d'ajustement : sexe, revenu, scolarité et perception de son état de santé. Dans le modèle corrigé, il s'avère que les tentatives de perdre du poids sont alors liées à l'âge. Ainsi, par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus, la cote exprimant la probabilité d'avoir entrepris d'abaisser son poids dans les six mois précédant l'enquête est plus forte chez les personnes de 30 à 44 ans (RC = 1,5) et de 45 à 64 ans (RC = 1,5). Avec l'inclusion du statut pondéral dans un second modèle, le rapport de cotes chez les 18 à 29 ans devient aussi significatif (tableau 19). Ainsi, sous ces conditions, les jeunes de ce groupe d'âge sont plus susceptibles d'avoir essayé de maigrir que les personnes de 65 ans et plus.

Un terme d'interaction âge/sexe a aussi été testé dans chacun des deux modèles (données non présentées). Celui-ci est significatif. Il confirme que la relation entre l'âge et les essais pour perdre du poids se présente différemment entre les hommes et les femmes, ce qu'avaient laissé présager les résultats issus des analyses bivariées présentées au tableau 14.

Quant aux actions visant le contrôle du poids, on remarque que les 30 à 44 ans sont moins enclins à s'y être engagés (RC = 0,7) en comparaison de la population âgée de 65 ans et plus. Cependant, lorsque l'on prend aussi en compte le statut pondéral dans le second modèle, cette association disparaît et les 30 à 44 ans ne se démarquent

---

18- Lorsqu'il est utilisé comme variable d'ajustement, le statut pondéral exclut les personnes de poids insuffisant en raison de la petite taille de l'échantillon (n = 59).

alors plus de manière significative des 65 ans et plus (tableau 19). L'interaction âge/sexe se veut aussi significative dans le cas des tentatives de contrôle du poids, et ce, que ce soit dans le modèle avec ou sans le statut pondéral comme facteur de correction (donnée non présentée).

Par ailleurs, au sujet de l'inaction à l'égard du poids, une première régression logistique (tableau 19) ne confirme pas la relation significative initiale avec l'âge que l'analyse bidimensionnelle (tableau 14) a permis de détecter dans l'ensemble de la population. Toutefois, avec la prise en considération du statut pondéral dans une seconde analyse, la cote exprimant la probabilité que les 18 à 29 n'aient rien fait devient significativement plus faible que celle des 65 ans et plus. Dans le cas présent, l'interaction âge/sexe ne se révèle pas significative.

### 5.3.3 Le territoire de RLS de résidence

D'après les analyses bivariées, les tentatives de maigrir ne varient pas significativement selon le territoire de RLS de résidence (données non présentées). Or, en vertu du premier modèle de régression logistique, par rapport à la Basse-Côte-Nord, les résidents du RLS de la Minganie témoignent d'une propension légèrement plus faible à avoir accompli des actions visant une réduction de poids (RC = 0,7). Cependant, le rapport de cotes n'est plus significatif quand l'on tient également compte du statut pondéral.

Par rapport aux Nord-Côtiers vivant en Basse-Côte-Nord, la population des RLS de la Haute-Côte-Nord (RC = 1,5), de Caniapiscau (RC = 1,7) et de la Minganie (RC = 1,7) sont plus susceptibles de n'avoir rien tenté. Sauf pour le RLS de la Minganie, ces associations s'estompent complètement lorsque l'on tient aussi compte du statut pondéral (tableau 19).

### 5.3.4 Le statut matrimonial

Les associations initialement observées avec le statut matrimonial dans l'ensemble de la population (tableau 14) sont confirmées par les analyses multivariées. Comparativement aux personnes séparées, divorcées ou veuves, les personnes mariées ou vivant en union de fait, de même que les célibataires, font preuve d'une inclination plus grande à avoir voulu perdre du poids (RC = 1,7 dans les deux cas). L'inclusion du statut pondéral comme dernier facteur d'ajustement ne modifie pas ces constats (données non présentées). Pour leur part, les célibataires et les personnes qui ne se sont jamais mariées se retrouvent moins souvent parmi ceux qui rapportent n'avoir rien fait concernant leur poids (RC = 0,7) (tableau 19). En regard des trois types de comportement, un terme d'interaction statut matrimonial/sexe a été testé pour vérifier si la relation entre un comportement particulier et le statut matrimonial pouvait être différente entre les hommes et les femmes. Cette interaction ne s'est pas révélée significative.

### 5.3.5 Le revenu

Les analyses bidimensionnelles n'avaient pas révélé d'association significative avec le revenu (tableau 15). Par contre, le premier modèle de régression logistique testé, ajusté selon l'âge, le sexe, la scolarité et la perception de son état de santé, montre qu'en comparaison des ménages les mieux nantis, la cote exprimant le fait d'avoir voulu maintenir son poids s'avère significativement plus faible (RC = 0,7) chez les individus qui vivent dans un ménage gagnant entre 20 000 \$ et 40 000 \$ par année. Les Nord-Côtiers qui résident dans les ménages les moins nantis financièrement sont plus susceptibles d'affirmer de ne pas avoir essayé quoi que ce soit (RC = 1,4). Par contre, ces liens significatifs ne persistent plus après un ajustement supplémentaire selon le poids corporel (tableau 19). Les analyses de régression logistique confirment que la relation entre le revenu et les actions concernant son poids ne diffère habituellement pas entre les sexes puisque l'interaction revenu/sexe ne se révèle significative que dans un seul des six modèles élaborés.

### 5.3.6 La scolarité

Le tableau 15 fait ressortir une association avec la scolarité, sauf en ce qui a trait aux tentatives de perdre du poids. Le lien initial observé entre le niveau de scolarité et l'adoption de moyens pour contrôler son poids disparaît après que l'on ait tenu compte des effets conjoints de l'âge, du sexe, du revenu et de la perception de sa santé. En

comparaison des détenteurs d'un diplôme universitaire, la population nord-côtière sans diplôme d'études secondaires est davantage sujette de n'avoir rien tenté (RC = 1,4). Cependant, le rapport de cotes ne s'avère plus significatif après l'inclusion du statut pondéral dans un deuxième modèle (tableau 19).

Nous avons introduit un terme d'interaction scolarité/sexe dans les modèles ajustés pour vérifier si la relation entre la scolarité et les actions concernant le poids corporel pouvait se manifester différemment entre les hommes et les femmes. L'interaction n'est significative qu'en ce qui concerne les tentatives de réduire son poids. Des analyses distinctes selon le sexe, ajustées pour l'âge, le revenu et la perception de son état de santé démontrent que, par rapport aux universitaires, les hommes qui détiennent un diplôme d'études secondaires ou collégiales sont moins susceptibles d'avoir essayé de perdre du poids (RC = 0,5 pour chacun des deux groupes). Pour leur part, comparativement aux diplômées universitaires, les femmes qui ont complété leurs études secondaires sont plus susceptibles d'avoir adopté des moyens pour abaisser leur poids (RC = 1,7) (données non présentées). L'inclusion du statut pondéral comme dernier facteur d'ajustement élimine toutefois complètement cette relation significative chez les femmes. Chez les hommes, le lien significatif entre la scolarité et les tentatives de perdre du poids persiste. Cependant, cette fois, ceux qui n'ont pas complété d'études secondaires sont eux aussi moins susceptibles d'avoir essayé de l'abaisser (RC = 0,5) (donnée non présentée).

### 5.3.7 La détresse psychologique

Les analyses bivariées ont révélé des liens significatifs entre le niveau à l'échelle de détresse psychologique et les tentatives de perdre du poids ou de le contrôler (tableau 17). La régression logistique ne confirme pas ces liens. En effet, le premier modèle estompe ces associations dans les deux cas. La prise en compte du statut pondéral comme facteur d'ajustement supplémentaire ne modifie pas ce constat.

### 5.3.8 Le statut pondéral

Les analyses multivariées confirment que les actions entreprises concernant le poids sont associées au statut pondéral. Ainsi, en regard des personnes affichant un poids normal, la cote exprimant la probabilité d'avoir essayé de diminuer son poids s'avère significativement plus élevée chez les personnes affichant de l'embonpoint (RC = 2,2) et encore bien plus forte parmi les individus obèses (RC = 7,2). Les résidents nord-côtiers en embonpoint sont aussi plus sujets que ceux de poids normal d'avoir essayé de maintenir leur poids (RC = 1,4). Ils sont moins susceptibles que les gens de poids normal à n'avoir rien fait (RC = 0,5). Les personnes obèses témoignent également d'une propension bien plus faible de n'avoir pas tenté quelque chose comparativement à celles de poids normal (RC = 0,2) (tableau 20).

### 5.3.9 La concordance entre la perception de son poids et le statut pondéral réel

Les résidents nord-côtiers qui sous-estiment leur poids se montrent moins susceptibles d'avoir voulu maigrir (RC = 0,4) que ceux qui se perçoivent conformément à leur statut pondéral.

Un premier modèle de régression logistique, qui exclut le poids corporel comme facteur d'ajustement, ne montre pas de différence significative entre ceux qui surestiment leur poids et ceux dont la perception concorde avec celui-ci (RC = 0,9) (tableau 20). Après l'inclusion du poids comme facteur d'ajustement, le rapport de cotes change (RC = 4,4) (donnée non présentée) et traduit le fait que l'adoption de moyens pour faire chuter son poids est bien plus fréquente chez ceux qui se considèrent plus pesants qu'ils ne le sont d'après leur IMC (symboles  $\diamond$  et # en regard de la valeur 0,9 au tableau 20).

Quant aux actions destinées à maintenir son poids, la cote s'avère plus forte parmi ceux qui le sous-estiment (RC = 1,5) comparativement aux Nord-Côtiers dont la perception concorde avec leur IMC. Ils sont aussi plus susceptibles que ces derniers de n'avoir rien fait (RC = 1,4).

Un premier modèle de régression logistique ne révèle pas d'association significative entre la surestimation du poids (RC = 0,9) et le fait de ne pas rapporter d'action particulière. La situation change après l'inclusion du statut pondéral dans un second modèle. On constate alors que ceux qui s'estiment plus lourds qu'en réalité sont bien moins susceptibles de n'avoir rien tenté (RC = 0,2) (donnée non présentée) en regard de ceux qui se voient

conformément à leur statut pondéral. Chez les personnes qui sous-estiment leur poids, la prise en compte du statut pondéral comme facteur d'ajustement tend aussi à faire augmenter la cote exprimant la probabilité de n'avoir rien tenté (RC = 2,1) (donnée non présentée).

Nous avons procédé à des analyses distinctes selon le sexe chez les personnes en embonpoint ou obèses. Les modèles sont ajustés pour l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de son état de santé. Il est utile de rappeler que l'enquête ne permet pas d'estimer la proportion d'individus en embonpoint qui surestiment leur poids, c'est-à-dire qui se jugent obèses. Il ne nous a donc pas été possible de comparer l'ensemble des personnes qui surestiment leur statut pondéral aux individus qui s'évaluent correctement. Par conséquent, seuls ceux qui se voient moins lourds qu'en réalité (sous-estimation) peuvent être comparés aux personnes dont la perception de leur poids correspond à leur statut pondéral.

Au tableau 20, on constate, chez les hommes en embonpoint (RC = 0,2) ou obèses (RC = 0,3) de même que chez les femmes en embonpoint (RC = 0,3) qui sous-estiment leur poids, une propension significativement plus faible d'avoir tenté de maigrir dans les six mois précédents comparativement à la population de même sexe et de même statut pondéral qui évalue son poids conformément à la réalité. La même tendance se dessine pour les femmes obèses (RC = 0,6), mais le rapport de cotes n'est pas significatif. Aucune relation significative n'est identifiée en ce qui a trait aux efforts consentis pour maintenir ou contrôler son poids. Par contre, par rapport aux personnes qui évaluent leur poids correctement (concordance), la cote exprimant la probabilité de n'avoir rien tenté pour l'abaisser est plus forte chez les hommes en embonpoint (RC = 2,3) ou obèses (RC = 2,7) et les femmes atteintes d'embonpoint (RC = 1,7). Une tendance similaire (RC = 1,5), mais non significative est observable chez les femmes obèses. Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études qui ont aussi démontré que les individus qui font de l'embonpoint ou de l'obésité se montrent moins enclins à adopter des comportements visant une perte de poids, ou du moins son contrôle, lorsqu'ils ne se perçoivent pas comme tels<sup>[124, 139]</sup>.

#### 5.3.10 La présence de certaines maladies chroniques

Dans la population en général, d'après l'analyse bidimensionnelle, le diabète s'est avéré initialement associé de manière significative aux actions entreprises concernant son poids (tableau 17). Les premières analyses multivariées ont montré que les personnes diabétiques sont plus sujettes que les personnes non atteintes d'avoir tenté de perdre du poids (RC = 1,6) lorsque l'on tient compte de l'âge, du sexe, du revenu, de la scolarité et la perception de sa santé. Elles sont aussi moins susceptibles que les autres de n'avoir rien entrepris concernant leur poids (RC = 0,6) (tableau 20). Ces liens significatifs ne persistent plus lorsque l'on ajuste pour le statut pondéral en plus des autres variables de contrôle.

Si l'analyse bivariée n'a pas détectée une association significative entre l'une ou l'autre des attitudes au regard du poids et l'hypertension artérielle (tableau 17), des liens émergent dans les modèles de régression logistique qui considèrent l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité et la perception de sa santé comme facteurs d'ajustement. Sous ces conditions, l'on remarque qu'en comparaison des non-hypertendus, les personnes souffrant d'hypertension sont plus susceptibles d'avoir voulu perdre du poids (RC = 1,5) et moins sujettes à n'avoir rien entrepris (RC = 0,8). Cependant, l'ajout du statut pondéral à ces variables d'ajustement élimine totalement ces liens significatifs (tableau 20).

#### 5.3.11 Les habitudes de vie

Il ressort de la lecture du tableau 18 que les actions concernant le poids sont liées au statut tabagique sauf en ce qui a trait au contrôle du poids chez les hommes. Les premières analyses de régression logistique confirment que les fumeurs actuels sont moins susceptibles d'avoir tenté de diminuer leur poids (RC = 0,7) ou de le contrôler (RC = 0,6) que ceux qui n'ont jamais fumé. Avec l'ajout du statut pondéral comme variable d'ajustement, le rapport de cotes devient non significatif chez les fumeurs actuels ayant tenté d'en perdre. Pour leur part, les anciens fumeurs, récents ou anciens, sont davantage susceptibles d'avoir fait des efforts pour réduire leur poids (RC = 1,6). Le rapport de cotes demeure significatif même lorsque l'on tient compte du statut pondéral. Quant au fait de n'avoir rien essayé, les fumeurs actuels sont plus susceptibles d'avoir adopté ce comportement (RC = 1,8), tandis que les anciens fumeurs le sont moins (RC = 0,8), que les individus n'ayant jamais fait usage de cigarettes. Ces liens significatifs persistent même après un ajustement supplémentaire selon le statut pondéral. La présence éventuelle d'interactions entre l'une ou l'autre de ces actions et le sexe a été vérifiée; aucun des termes d'interaction ne ressort comme significatif (tableau 20).

Finalement, selon les données présentées au tableau 18, les personnes sédentaires sont moins portées que les autres résidents nord-côtiers à avoir essayé de perdre du poids ou de le maintenir dans la période de six mois antérieurs à l'ESCN 2010, mais davantage enclines à n'avoir rien tenté concernant leur poids, et ce, autant dans l'ensemble de la population que pour chacun des sexes. La propension plus faible des sédentaires à entreprendre des actions pour abaisser leur poids ou le contrôler est confirmée par les analyses de régression logistique (RC = 0,4 et 0,5 respectivement) (tableau 20). Ils sont aussi plus sujets à n'avoir rien fait (RC = 2,8) que les individus actifs, même après correction pour l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité et la perception de son état de santé dans un premier temps, et le statut pondéral dans un second temps. Les Nord-Côtiers peu actifs, c'est-à-dire qui s'adonnent à ce type d'activité selon une fréquence de deux à trois fois par mois ou d'une fois par semaine seulement, se montrent aussi plus sujets (RC = 1,3) que les gens actifs à n'avoir pas tenté quelque chose. Cette association se vérifie avant et après l'inclusion du statut pondéral comme variable d'ajustement. Chez les gens peu actifs, on ne note pas d'association significative avec le fait d'avoir essayé de réduire son poids (RC = 0,8) (tableau 20); en revanche, ce résultat devient significatif (RC = 0,6) (donnée non présentée) après la prise en considération du statut pondéral. Ces derniers sont donc alors moins sujets à s'être efforcés de réduire leur poids corporel.

## À RETENIR

Le tableau 21 résume les grands constats présentés dans ce chapitre et rapporte de manière plus concrète les résultats des analyses multivariées présentés dans les tableaux 19 et 20. En somme, il esquisse les caractéristiques associées à une probabilité accrue ou moindre d'avoir entrepris l'un ou l'autre des trois types d'actions en lien avec le poids corporel abordés dans l'enquête. Là également le lecteur doit considérer ces caractéristiques indépendamment les unes des autres étant donné qu'il n'est pas nécessaire de les posséder toutes pour avoir une probabilité plus grande ou plus faible d'avoir entrepris ou non une action quelconque au regard de son poids.

Les résultats confirment ceux d'autres études à l'effet que la sous-estimation de son poids constitue l'un des facteurs associés au fait ou non d'avoir tenté quelque chose à l'égard de son poids.

- En résumé, après la prise en compte des effets de l'âge, du sexe, du revenu, du niveau de scolarité et de la perception de l'état de santé, l'une ou l'autre des caractéristiques sont significativement associées à une probabilité accrue d'avoir tenté de perdre du poids (catégories de référence entre parenthèses) sont :
  - ✓ surestimation du poids (concordance)
  - ✓ groupes d'âge de moins de 65 ans (65 ans et plus)
  - ✓ marié(e) ou union de fait (séparé(e)/divorcé(e) ou veuf(ve) )
  - ✓ célibataire et jamais marié(e) (séparé(e)/divorcé(e) ou veuf(ve) )
  - ✓ embonpoint ou obèse (poids normal)
  - ✓ hypertension (pas d'hypertension)
  - ✓ diabète (pas de diabète)
  - ✓ ex-fumeur récent ou ancien fumeur (personne n'ayant jamais fumé).
  
- Les caractéristiques significativement associées à une probabilité moindre (catégories de référence entre parenthèses) d'avoir essayé d'abaisser son poids sont :
  - ✓ sous-estimation du poids (concordance)
  - ✓ homme en embonpoint ou obèse qui sous-estime son poids (concordance)
  - ✓ femme en embonpoint qui sous-estime son poids (concordance)
  - ✓ homme (femme)
  - ✓ RLS de la Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord)
  - ✓ fumeur actuel (personne n'ayant jamais fumé)
  - ✓ sédentaire (actif)
  - ✓ peu actif (actif)

**Tableau 14 Action entreprise concernant son poids<sup>1</sup> selon le sexe, l'âge et le statut matrimonial, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Maintenir (contrôler) son poids	Intervalle de confiance de 95 %	Aucune action	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>						
Hommes	20,4 (-)	[18,0 – 23,1]	26,0	[23,3 – 28,9]	51,8 (+)	[48,7 – 55,0]
Femmes	25,1 (+)	[22,8 – 27,5]	29,1	[26,8 – 31,5]	44,2 (-)	[41,6 – 46,8]
<b>Âge</b>						
18 à 29 ans	23,8	[18,8 – 29,6]	25,7	[20,4 – 31,9]	46,0	[39,7 – 52,4]
30 à 44 ans	23,6	[20,2 – 27,3]	25,9	[22,4 – 29,7]	49,5	[45,3 – 53,7]
45 à 64 ans	23,9	[21,5 – 26,5]	29,8	[27,1 – 32,5]	45,1 <	[42,2 – 48,1]
65 ans et plus	17,0	[14,0 – 20,5]	25,5	[21,8 – 29,5]	56,3 >	[51,9 – 60,6]
<b>Hommes</b>						
18 à 29 ans	* 16,6 (-)	[10,9 – 24,5]	32,2 (+)	[24,2 – 41,4]	45,5	[36,7 – 54,6]
30 à 44 ans	21,6	[16,6 – 27,6]	22,3 (-)	[17,2 – 28,3]	55,5 (+)	[48,9 – 62,0]
45 à 64 ans	21,8	[18,3 – 25,7]	26,4 (-)	[22,6 – 30,5]	50,8 (+)	[46,3 – 55,2]
65 ans et plus	18,8	[14,0 – 24,8]	23,1	[17,7 – 29,6]	56,8	[49,8 – 63,5]
<b>Femmes</b>						
18 à 29 ans	33,2 >(+)	[25,3 – 42,1]	* 17,2 <(-)	[11,7 – 24,7]	46,6	[38,1 – 55,3]
30 à 44 ans	25,7	[21,5 – 30,4]	29,8 (+)	[25,3 – 34,8]	42,9 (-)	[37,9 – 48,0]
45 à 64 ans	26,2	[22,9 – 29,7]	33,4 >(+)	[29,9 – 37,2]	39,0 <(-)	[35,3 – 42,8]
65 ans et plus	15,3 <	[11,9 – 19,5]	27,6	[23,0 – 32,7]	55,8 >	[50,4 – 61,1]
<b>Statut matrimonial</b>						
Marié(e)/Union de fait	23,9	[21,8 – 26,1]	27,9	[25,7 – 30,3]	47,1	[44,6 – 49,6]
Célibataire/Jamais marié(e)	24,3	[20,1 – 29,0]	24,7	[20,4 – 29,4]	47,0	[41,9 – 52,2]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve)	15,6 <	[12,5 – 19,3]	28,1	[24,0 – 32,7]	54,5 >	[49,7 – 59,3]
<b>Hommes</b>						
Marié/Union de fait	20,7 (-)	[17,7 – 24,1]	26,4	[23,1 – 30,1]	51,9 (+)	[48,0 – 55,7]
Célibataire/Jamais marié	20,8 (-)	[15,7 – 27,0]	25,8	[20,1 – 32,4]	48,9	[41,9 – 55,9]
Séparé/Divorcé/Veuf	* 18,3	[13,0 – 25,1]	23,6	[17,3 – 31,2]	57,0	[48,8 – 64,9]
<b>Femmes</b>						
Mariée/Union de fait	27,3 >(+)	[24,5 – 30,3]	29,6	[26,8 – 32,5]	41,9 <(-)	[38,8 – 45,1]
Célibataire/Jamais mariée	29,9 (+)	[23,4 – 37,2]	22,9	[17,3 – 29,7]	44,0	[36,9 – 51,4]
Séparée/Divorcée/Veuve	13,5 <	[10,1 – 17,8]	31,6	[26,4 – 37,3]	52,7 >	[46,8 – 58,5]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>22,6</b>	<b>[21,0 – 24,4]</b>	<b>27,5</b>	<b>[25,7 – 29,3]</b>	<b>48,2</b>	<b>[46,1 – 50,2]</b>

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

1. Dans les six mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon (n = 55), les tentatives de gagner du poids ne sont pas rapportées.

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

< 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.

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

**Tableau 15 Action entreprise concernant son poids<sup>1</sup> selon le revenu et la scolarité,  
population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Maintenir (contrôler) son poids	Intervalle de confiance de 95 %	Aucune action	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Revenu</b>						
Moins de 20 000 \$	19,2	[14,9 – 24,4]	23,3	[18,8 – 28,6]	54,5	[48,5 – 60,4]
De 20 000 à 39 999 \$	24,9	[21,1 – 29,1]	23,6	[20,2 – 27,5]	49,3	[44,9 – 53,8]
De 40 000 à 59 999 \$	21,7	[17,9 – 26,1]	25,6	[21,5 – 30,1]	51,2	[46,2 – 56,1]
De 60 000 à 79 999 \$	23,8	[19,4 – 28,8]	31,3	[26,3 – 36,6]	44,1	[38,7 – 49,7]
80 000 \$ et plus	23,7	[20,7 – 27,0]	30,6	[27,1 – 34,3]	43,9	[40,2 – 47,8]
<b>Hommes</b>						
Moins de 20 000 \$	* 17,9	[11,1 – 27,6]	* 16,4 <(-)	[10,3 – 25,1]	62,2	[51,2 – 72,1]
De 20 000 à 39 999 \$	25,4	[19,6 – 32,2]	20,0 <	[15,2 – 25,9]	53,2	[46,2 – 60,0]
De 40 000 à 59 999 \$	17,1 (-)	[12,3 – 23,2]	23,6	[18,1 – 30,1]	57,9 (+)	[50,7 – 64,7]
De 60 000 à 79 999 \$	22,2	[16,5 – 29,2]	28,8	[22,1 – 36,5]	48,8 (+)	[41,1 – 56,6]
80 000 \$ et plus	19,0 (-)	[15,1 – 23,6]	31,8 >	[26,8 – 37,4]	46,7	[41,3 – 52,1]
<b>Femmes</b>						
Moins de 20 000 \$	19,9	[14,8 – 26,3]	27,1 (+)	[21,3 – 33,8]	50,3	[43,4 – 57,3]
De 20 000 à 39 999 \$	24,4	[19,7 – 29,7]	27,1	[22,5 – 32,3]	45,6	[40,1 – 51,3]
De 40 000 à 59 999 \$	27,7 (+)	[22,0 – 34,1]	28,2	[22,5 – 34,6]	42,6 (-)	[36,3 – 49,2]
De 60 000 à 79 999 \$	26,4	[20,3 – 33,5]	35,2	[28,7 – 42,3]	36,7 (-)	[30,0 – 44,0]
80 000 \$ et plus	30,0 (+)	[25,6 – 34,9]	29,0	[24,6 – 33,7]	40,3	[35,4 – 45,4]
<b>Scolarité</b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	21,0	[17,9 – 24,5]	23,0 <	[19,9 – 26,4]	54,8 >	[50,8 – 58,7]
Diplôme d'études secondaires	22,5	[19,5 – 25,7]	24,8 <	[21,6 – 28,1]	50,8	[47,1 – 54,6]
Diplôme d'études collégiales	23,3	[20,1 – 26,8]	32,1 >	[28,5 – 35,9]	42,3 <	[38,5 – 46,2]
Diplôme universitaire	25,5	[21,1 – 30,4]	31,0	[26,4 – 36,2]	42,8 <	[37,6 – 48,0]
<b>Hommes</b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	22,2	[17,5 – 27,7]	19,7 <(-)	[15,4 – 24,8]	56,9	[50,8 – 62,8]
Diplôme d'études secondaire	17,6 (-)	[13,9 – 22,2]	23,9	[19,4 – 29,0]	56,2 (+)	[50,7 – 61,5]
Diplôme d'études collégiales	18,4 (-)	[14,3 – 23,4]	32,5 >	[27,1 – 38,5]	46,7 (+)	[40,9 – 52,7]
Diplôme universitaire	30,3 >	[22,7 – 39,1]	27,5	[20,3 – 36,1]	42,1	[33,8 – 50,8]
<b>Femmes</b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	19,8 <	[16,1 – 24,1]	26,4 (+)	[22,2 – 31,0]	52,6 >	[47,6 – 57,6]
Diplôme d'études secondaire	28,9 (+)	[24,6 – 33,7]	26,0	[22,0 – 30,3]	43,7 (-)	[38,9 – 48,6]
Diplôme d'études collégiales	28,5 (+)	[24,0 – 33,5]	31,5	[27,1 – 36,3]	37,4 <(-)	[32,8 – 42,3]
Diplôme universitaire	21,8	[17,2 – 27,2]	33,8	[28,0 – 40,2]	43,3	[37,1 – 49,8]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>22,6</b>	<b>[21,0 – 24,4]</b>	<b>27,5</b>	<b>[25,7 – 29,3]</b>	<b>48,2</b>	<b>[46,1 – 50,2]</b>

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

1. Dans les six mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon (n = 55), les tentatives de gagner du poids ne sont pas rapportées.

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

< 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.

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

**Tableau 16 Action entreprise concernant son poids<sup>1</sup> selon le statut pondéral, la perception du poids corporel et l'adéquation entre le poids perçu et le statut pondéral, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Maintenir (contrôler) son poids	Intervalle de confiance de 95 %	Aucune action	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Statut pondéral</b>						
Poids insuffisant	** 16,3	[6,6 – 34,8]	** 13,9 <	[6,3 – 28,1]	54,3	[38,4 – 69,4]
Poids normal	11,6 <	[9,4 – 14,2]	26,0	[23,0 – 29,2]	59,3 >	[55,8 – 62,7]
Embonpoint	20,5 <	[18,0 – 23,1]	31,4 >	[28,4 – 34,6]	47,5	[44,3 – 50,8]
Obésité	44,5 >	[40,2 – 48,8]	24,0 <	[20,5 – 27,7]	31,1 <	[27,2 – 35,2]
<b>Hommes</b>						
Poids insuffisant	§	---	§	---	§	---
Poids normal	* 7,3 <(-)	[4,5 – 11,8]	21,7 (-)	[16,8 – 27,5]	66,8 >(+)	[60,5 – 72,6]
Embonpoint	16,4 <(-)	[13,4 – 20,0]	29,6	[25,5 – 33,9]	53,3 (+)	[48,8 – 57,8]
Obésité	42,2 >	[36,2 – 48,5]	23,3	[18,5 – 28,8]	33,6 <	[28,1 – 39,7]
<b>Femmes</b>						
Poids insuffisant	X	---	X	---	64,4 >	[45,7 – 79,6]
Poids normal	14,3 <(+)	[11,5 – 17,7]	28,7 (+)	[25,1 – 32,5]	54,5 >(-)	[50,4 – 58,6]
Embonpoint	27,2 (+)	[23,4 – 31,4]	34,5 >	[30,4 – 38,9]	37,8 <(-)	[33,6 – 42,2]
Obésité	47,4 >	[41,8 – 53,2]	24,8 <	[20,3 – 30,0]	27,7 <	[22,8 – 33,1]
<b>Perception de son poids</b>						
Embonpoint	43,4 >	[40,2 – 46,7]	25,7	[23,0 – 28,7]	30,1 <	[27,2 – 33,2]
Trop maigre	X	---	** 19,0	[8,8 – 36,3]	60,0	[44,4 – 73,8]
À peu près normal(e)	11,2 <	[9,6 – 13,0]	28,7	[26,4 – 31,2]	58,3 >	[55,6 – 60,9]
<b>Hommes</b>						
Embonpoint	42,3 >	[37,3 – 47,5]	24,4	[20,3 – 29,0]	32,4 <	[27,9 – 37,2]
Trop maigre	X	---	** 28,8	[12,5 – 53,3]	* 65,2	[42,1 – 82,9]
À peu près normal(e)	9,1 <(-)	[7,0 – 11,7]	26,8	[23,3 – 30,6]	62,0 >(+)	[57,9 – 65,8]
<b>Femmes</b>						
Embonpoint	44,5 >	[40,4 – 48,7]	27,0	[23,6 – 30,8]	27,9 <	[24,3 – 31,8]
Trop maigre	X	---	X	---	* 52,6	[33,5 – 70,9]
À peu près normal(e)	13,6 <(+)	[11,2 – 16,3]	30,9	[27,8 – 34,1]	54,1 >(-)	[50,6 – 57,5]
<b>Concordance poids perçu vs statut pondéral</b>						
Sous-estimation	11,8 <	[9,5 – 14,4]	32,1 >	[28,5 – 35,9]	55,0 >	[51,0 – 58,9]
Surestimation	* 26,8	[17,8 – 38,3]	** 26,1	[17,9 – 36,3]	39,5	[29,2 – 50,9]
Concordance	27,7 >	[25,4 – 30,0]	25,5 <	[23,4 – 27,8]	45,1 <	[42,7 – 47,6]
<b>Hommes</b>						
Sous-estimation	9,7 <(-)	[7,2 – 12,9]	30,5 >	[26,0 – 35,4]	59,0 >(+)	[53,9 – 63,9]
Surestimation	§	---	§	---	§	---
Concordance	28,2 >	[24,6 – 32,1]	22,4 <(-)	[19,2 – 26,1]	47,2 <	[43,2 – 51,3]
<b>Femmes</b>						
Sous-estimation	16,8 <(+)	[12,6 – 22,0]	35,8 >	[30,4 – 41,6]	45,3 (-)	[39,6 – 51,1]
Surestimation	* 26,3	[16,5 – 39,1]	* 22,4	[14,2 – 33,5]	45,2	[33,0 – 58,1]
Concordance	27,3 >	[24,6 – 30,1]	28,1 (+)	[25,4 – 30,9]	43,4	[40,4 – 46,5]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>22,6</b>	<b>[21,0 – 24,4]</b>	<b>27,5</b>	<b>[25,7 – 29,3]</b>	<b>48,2</b>	<b>[46,1 – 50,2]</b>

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

- Dans les six mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon (n = 55), les tentatives de gagner du poids ne sont pas rapportées.
- (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.
- < 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.
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- \*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.
- X Donnée infime ou inexistante.
- § 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.
- N'ayant pas lieu de figurer.

**Tableau 17 Action entreprise concernant son poids<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques liées à l'état de santé mentale ou physique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Maintenir (contrôler) son poids	Intervalle de confiance de 95 %	Aucune action	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Perception de son état de santé</b>						
Excellente, très bonne, bonne	22,8	[ 21,0 – 24,7 ]	28,0	[ 26,1 – 30,0 ]	47,8	[ 45,6 – 50,0 ]
Passable ou mauvaise	21,7	[ 17,3 – 26,8 ]	23,3	[ 18,7 – 28,6 ]	51,1	[ 45,3 – 56,7 ]
<b>Hommes</b>						
Excellente, très bonne, bonne	20,4 (-)	[ 17,8 – 23,2 ]	26,3	[ 23,4 – 29,4 ]	51,8 (+)	[ 48,4 – 55,1 ]
Passable ou mauvaise	* 20,5	[ 14,4 – 28,4 ]	23,9	[ 17,2 – 32,2 ]	52,5	[ 44,0 – 60,9 ]
<b>Femmes</b>						
Excellente, très bonne, bonne	25,3 (+)	[ 22,9 – 27,9 ]	29,9 >	[ 27,4 – 32,4 ]	43,6 (-)	[ 40,8 – 46,4 ]
Passable ou mauvaise	23,0	[ 17,5 – 29,8 ]	22,5 <	[ 16,8 – 29,5 ]	49,4	[ 42,1 – 56,7 ]
<b>Détresse psychologique</b>						
Niveau faible à moyen	21,5 <	[ 19,6 – 23,5 ]	29,0 >	[ 26,9 – 31,3 ]	48,2	[ 45,9 – 50,6 ]
Niveau élevé	26,2 >	[ 22,6 – 30,2 ]	23,1 <	[ 19,7 – 26,8 ]	47,4	[ 43,2 – 51,8 ]
<b>Hommes</b>						
Faible ou moyen	20,5	[ 17,8 – 23,5 ]	27,0 (-)	[ 23,9 – 30,3 ]	51,1 (+)	[ 47,6 – 54,6 ]
Élevé	18,6 (-)	[ 13,6 – 24,9 ]	23,3	[ 17,9 – 29,7 ]	54,9 (+)	[ 47,8 – 61,8 ]
<b>Femmes</b>						
Faible ou moyen	22,7 <	[ 20,2 – 25,4 ]	31,5 >(+)	[ 28,7 – 34,4 ]	44,9 (-)	[ 41,9 – 47,9 ]
Élevé	32,8 >(+)	[ 27,9 – 38,1 ]	22,9 <	[ 18,9 – 27,4 ]	41,1 (-)	[ 36,0 – 46,3 ]
<b>Diabète</b>						
Oui	27,7	[ 22,5 – 33,5 ]	30,5	[ 25,0 – 36,5 ]	41,2 <	[ 35,3 – 47,4 ]
Non	22,2	[ 20,4 – 24,1 ]	27,2	[ 25,3 – 29,2 ]	48,8 >	[ 46,7 – 51,0 ]
<b>Hommes</b>						
Oui	29,1 >	[ 21,7 – 37,8 ]	30,2	[ 22,9 – 38,7 ]	39,6 <	[ 31,4 – 48,4 ]
Non	19,6 <(-)	[ 17,1 – 22,4 ]	25,6	[ 22,8 – 28,7 ]	52,9 >(+)	[ 49,6 – 56,3 ]
<b>Femmes</b>						
Oui	25,9	[ 19,4 – 33,7 ]	30,8	[ 23,0 – 39,7 ]	43,1	[ 34,9 – 51,8 ]
Non	25,0 (+)	[ 22,6 – 27,5 ]	29,0	[ 26,6 – 31,5 ]	44,4 (-)	[ 41,7 – 47,1 ]
<b>Hypertension artérielle</b>						
Oui	25,8	[ 22,3 – 29,6 ]	26,5	[ 23,0 – 30,3 ]	46,3	[ 42,2 – 50,4 ]
Non	21,8	[ 19,9 – 23,8 ]	27,8	[ 25,7 – 29,9 ]	48,6	[ 46,3 – 51,0 ]
<b>Hommes</b>						
Oui	25,3	[ 20,0 – 31,3 ]	24,3	[ 19,1 – 30,4 ]	48,8	[ 42,4 – 55,3 ]
Non	19,2 (-)	[ 16,5 – 22,2 ]	26,3	[ 23,3 – 29,7 ]	52,6 (+)	[ 49,1 – 56,2 ]
<b>Femmes</b>						
Oui	26,3	[ 22,0 – 31,1 ]	28,6	[ 24,1 – 33,5 ]	43,8	[ 38,8 – 49,0 ]
Non	24,7 (+)	[ 22,1 – 27,5 ]	29,4	[ 26,7 – 32,2 ]	44,2 (-)	[ 41,2 – 47,2 ]
<b>Maladie cardiaque</b>						
Oui	25,3	[ 18,9 – 33,0 ]	27,7	[ 21,2 – 35,2 ]	44,1	[ 36,7 – 51,9 ]
Non	22,4	[ 20,6 – 24,2 ]	27,5	[ 25,6 – 29,4 ]	48,5	[ 46,4 – 50,7 ]
<b>Hommes</b>						
Oui	* 26,2	[ 17,7 – 36,9 ]	* 27,9	[ 19,2 – 38,5 ]	42,7	[ 32,8 – 53,3 ]
Non	19,8 (-)	[ 17,3 – 22,5 ]	25,9	[ 23,1 – 28,9 ]	52,7 (+)	[ 49,4 – 56,0 ]
<b>Femmes</b>						
Oui	* 24,0	[ 15,5 – 35,1 ]	* 27,4	[ 19,0 – 37,9 ]	46,5	[ 35,9 – 57,4 ]
Non	25,1 (+)	[ 22,8 – 27,6 ]	29,1	[ 26,7 – 31,6 ]	44,1 (-)	[ 41,5 – 46,8 ]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>22,6</b>	<b>[ 21,0 – 24,4 ]</b>	<b>27,5</b>	<b>[ 25,7 – 29,3 ]</b>	<b>48,2</b>	<b>[ 46,1 – 50,2 ]</b>

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

1. Dans les six mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon (n = 55), les tentatives de gagner du poids ne sont pas rapportées.

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

< 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.

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

**Tableau 18 Action entreprise concernant son poids<sup>1</sup> d'après certaines habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Maintenir (contrôler) son poids	Intervalle de confiance de 95 %	Aucune action	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Tabagisme<sup>2</sup></b>						
Fumeur actuel	16,6 <	[13,8 – 19,7]	21,2 <	[18,1 – 24,6]	59,6 >	[55,6 – 63,4]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	29,6 >	[26,5 – 32,8]	28,4	[25,4 – 31,5]	41,0 <	[37,7 – 44,4]
N'a jamais fumé	20,9	[18,3 – 23,8]	31,1 >	[28,1 – 34,4]	46,3	[42,9 – 49,7]
<b>Hommes</b>						
Fumeur actuel	14,2 <	[10,6 – 18,7]	21,0	[16,6 – 26,3]	62,1 >	[56,4 – 67,6]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	26,7 >	[22,4 – 31,5]	26,5	[22,2 – 31,3]	46,2 < (+)	[41,3 – 51,3]
N'a jamais fumé	19,5	[15,6 – 24,2]	29,5	[24,7 – 34,8]	48,8	[43,3 – 54,3]
<b>Femmes</b>						
Fumeuse actuelle	19,6 <	[15,7 – 24,3]	21,4 <	[17,4 – 25,9]	56,3 >	[51,0 – 61,5]
Ex-fumeuse récente/Ancienne fumeuse	32,7 >	[28,7 – 37,1]	30,4	[26,6 – 34,6]	35,2 < (-)	[31,1 – 39,5]
N'a jamais fumé	22,3 <	[19,0 – 26,0]	32,7 >	[28,9 – 36,7]	44,0	[39,9 – 48,0]
<b>Activité physique de loisir<sup>3</sup></b>						
Sédentaire	12,2 <	[9,7 – 15,2]	18,3 <	[15,0 – 22,0]	67,3 >	[63,1 – 71,4]
Peu actif	22,5	[18,9 – 26,6]	27,0	[23,1 – 31,4]	48,6	[43,9 – 53,3]
Moyennement actif	28,1 >	[24,8 – 31,6]	30,8 >	[27,4 – 34,5]	39,9 <	[36,3 – 43,7]
Actif	24,3	[21,2 – 27,7]	30,5 >	[27,2 – 34,1]	43,3 <	[39,6 – 47,0]
<b>Hommes</b>						
Sédentaire	* 8,7 < (-)	[5,8 – 12,9]	17,3 <	[12,7 – 23,1]	71,7 > (+)	[65,4 – 77,3]
Peu actif	20,2	[14,9 – 26,7]	23,4	[17,7 – 30,3]	55,5 (+)	[48,1 – 62,7]
Moyennement actif	25,1 >	[20,3 – 30,5]	30,9 >	[25,7 – 36,7]	43,2 <	[37,5 – 49,1]
Actif	23,9	[19,4 – 29,0]	28,6	[23,8 – 34,0]	44,6 <	[39,1 – 50,1]
<b>Femmes</b>						
Sédentaire	16,1 < (+)	[12,4 – 20,8]	19,3 <	[15,1 – 24,4]	62,3 > (-)	[56,6 – 67,8]
Peu active	24,7	[20,0 – 30,0]	30,4	[25,3 – 36,1]	41,9 (-)	[36,2 – 47,9]
Moyennement active	31,2 >	[26,8 – 35,9]	30,7	[26,6 – 35,2]	36,6 <	[32,2 – 41,2]
Active	24,8	[20,8 – 29,3]	32,8	[28,5 – 37,5]	41,8	[37,2 – 46,6]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>22,6</b>	<b>[21,0 – 24,4]</b>	<b>27,5</b>	<b>[25,7 – 29,3]</b>	<b>48,2</b>	<b>[46,1 – 50,2]</b>

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

- Dans les six mois précédant l'enquête. En raison de la petite taille de l'échantillon (n = 55), les tentatives de gagner du poids ne sont pas rapportées.
  - La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » réfère aux personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.
  - Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale de quatre fois par semaine dans l'année précédant l'enquête. Une fréquence de deux à trois fois par semaine correspond au niveau « moyennement actif ». Une fréquence de deux à trois fois par mois ou d'une fois par semaine correspond au niveau « peu actif ». La sédentarité décrit une personne qui n'a pas pratiqué une activité physique de loisir ou qui en a fait environ une fois par mois durant la période de référence.
- (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.
- < 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.
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.

**Tableau 19 Rapports de cotes reliant les actions<sup>1</sup> au regard du poids corporel à certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids		Maintenir (contrôler) son poids		Aucune action	
	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe<sup>2</sup></b>						
Hommes	<b>0,7</b>	[0,6 – 0,9]	0,8 ◊	[0,7 – 1,0]	<b>1,5</b>	[1,2 – 1,7]
Femmes <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Groupe d'âge<sup>2</sup></b>						
18 à 29 ans	1,5 ◊	[1,0 – 2,3]	0,8	[0,5 – 1,1]	0,8 ◊	[0,6 – 1,1]
30 à 44 ans	<b>1,5</b>	[1,0 – 2,1]	<b>0,7▲</b>	[0,5 – 1,0]	1,0	[0,8 – 1,4]
45 à 64 ans	<b>1,5</b>	[1,1 – 2,0]	1,0	[0,7 – 1,3]	0,8 v	[0,6 – 1,0]
65 ans et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>RLS de résidence</b>						
Haute-Côte-Nord	0,7	[0,4 – 1,0]	0,9	[0,6 – 1,3]	<b>1,5▲</b>	[1,1 – 2,1]
Manicouagan	0,8	[0,5 – 1,2]	1,0	[0,7 – 1,5]	1,1	[0,8 – 1,6]
Port-Cartier	0,9	[0,6 – 1,3]	0,8	[0,5 – 1,1]	1,3	[0,9 – 1,8]
Sept-Îles	0,9	[0,6 – 1,3]	0,9	[0,6 – 1,3]	1,2	[0,9 – 1,7]
Canicapiscau	0,7	[0,4 – 1,1]	0,7	[0,5 – 1,2]	<b>1,7▲</b>	[1,1 – 2,5]
Minganie	<b>0,7▲</b>	[0,4 – 1,0]	0,7 v	[0,5 – 1,0]	<b>1,7</b>	[1,2 – 2,5]
Basse-Côte-Nord <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Revenu<sup>2</sup></b>						
Moins de 20 000 \$	0,8	[0,5 – 1,2]	0,7	[0,5 – 1,0]	<b>1,4▲</b>	[1,0 – 2,0]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,2	[0,9 – 1,7]	<b>0,7▲</b>	[0,5 – 1,0]	1,1	[0,8 – 1,5]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,0	[0,7 – 1,3]	0,8	[0,6 – 1,0]	1,3	[1,0 – 1,6]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,0	[0,8 – 1,4]	1,1	[0,8 – 1,4]	1,0	[0,7 – 1,3]
80 000 \$ et plus <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Scolarité<sup>2</sup></b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	0,9	[0,6 – 1,3]	0,7	[0,5 – 1,0]	<b>1,4</b>	[1,0 – 1,9]
Diplôme d'études secondaires	0,9	[0,7 – 1,3]	0,8	[0,6 – 1,1]	1,2 ◊	[0,9 – 1,6]
Diplôme d'études collégiales	0,9	[0,6 – 1,2]	1,1	[0,8 – 1,5]	0,9	[0,7 – 1,3]
Diplôme universitaire	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Statut matrimonial</b>						
Marié(e)/Union de fait	<b>1,7</b>	[1,2 – 2,3]	0,8	[0,6 – 1,1]	0,9	[0,7 – 1,2]
Célibataire/Jamais marié(e)	<b>1,7</b>	[1,2 – 2,6]	0,9	[0,6 – 1,3]	<b>0,7</b>	[0,5 – 1,0]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve) <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...

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

1. Catégorie de référence : absence de la caractéristique.

2. Le rapport de cotes est corrigé en fonction des quatre autres variables d'ajustement.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

†† Ajusté pour tenir compte du sexe, de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

▲ Le rapport de cotes devient non significatif lorsque l'on ajoute le statut pondéral comme facteur d'ajustement.

◊ Le rapport de cotes devient significatif lorsque l'on ajoute le statut pondéral comme facteur d'ajustement.

v Près du seuil de signification statistique de risque moins élevé.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 20 Rapports de cotes reliant les actions<sup>1</sup> au regard du poids corporel à certaines caractéristiques d'état de santé et d'habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Perdre du poids		Maintenir (contrôler) son poids		Aucune action	
	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé <sup>††</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Perception de sa santé en général<sup>2</sup></b>						
Excellente, très bonne, bonne <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Passable ou mauvaise	1,0	[0,7 – 1,4]	0,9	[0,7 – 1,3]	0,9	[0,7 – 1,2]
<b>Détresse psychologique</b>						
Niveau faible à moyen <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Niveau élevé	1,2	[0,9 – 1,6]	0,8	[0,6 – 1,0]	1,0	[0,8 – 1,2]
<b>Statut pondéral<sup>2,3</sup></b>						
Poids normal <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint	<b>2,2</b>	[1,7 – 3,0]	<b>1,4</b>	[1,1 – 1,8]	<b>0,5</b>	[0,4 – 0,6]
Obésité	<b>7,2</b>	[5,3 – 9,7]	1,0	[0,8 – 1,3]	<b>0,2</b>	[0,2 – 0,3]
<b>Concordance poids perçu vs poids réel</b>						
Sous-estimation du poids	<b>0,4</b>	[0,3 – 0,5]	<b>1,5</b>	[1,2 – 1,9]	<b>1,4</b>	[1,1 – 1,7]
Surestimation du poids	0,9 ◊ #	[0,5 – 1,6]	0,9	[0,5 – 1,5]	0,9 ◊	[0,5 – 1,5]
Concordance <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Sous-estimation du poids corporel<sup>4</sup></b>						
Hommes en embonpoint	<b>0,2</b>	[0,1 – 0,3]	1,4	[0,9 – 2,2]	<b>2,3</b>	[1,5 – 3,4]
Femmes en embonpoint	<b>0,3</b>	[0,2 – 0,5]	1,5 Δ	[1,0 – 2,3]	<b>1,7</b>	[1,1 – 2,5]
Hommes obèses	<b>0,3</b>	[0,2 – 0,7]	1,2	[0,6 – 2,5]	<b>2,7</b>	[1,4 – 5,3]
Femmes obèses	0,6	[0,3 – 1,4]	1,1	[0,5 – 2,6]	1,5	[0,7 – 3,5]
<b>Diabète</b>						
Oui	<b>1,6 ▲</b>	[1,1 – 2,2]	1,3	[0,9 – 1,7]	<b>0,6 ▲</b>	[0,5 – 0,8]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Hypertension artérielle</b>						
Oui	<b>1,5 ▲</b>	[1,2 – 1,9]	1,0	[0,8 – 1,2]	<b>0,8 ▲</b>	[0,6 – 1,0]
Non <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Tabagisme<sup>5</sup></b>						
Fumeur actuel	<b>0,7 ▲</b>	[0,5 – 0,9]	<b>0,6</b>	[0,5 – 0,8]	<b>1,8</b>	[1,4 – 2,2]
Ex-fumeur récent/Ancien fumeur	<b>1,6</b>	[1,3 – 2,0]	0,9	[0,7 – 1,1]	<b>0,8</b>	[0,6 – 1,0]
N'a jamais fumé <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...
<b>Activité physique de loisir<sup>6</sup></b>						
Sédentaire	<b>0,4</b>	[0,3 – 0,6]	<b>0,5</b>	[0,4 – 0,7]	<b>2,8</b>	[2,1 – 3,6]
Peu actif	0,8 ◊	[0,6 – 1,1]	0,9	[0,7 – 1,2]	<b>1,3</b>	[1,0 – 1,7]
Moyennement actif	1,1	[0,9 – 1,4]	1,0	[0,8 – 1,3]	0,9	[0,7 – 1,2]
Actif <sup>†</sup>	1,0	...	1,0	...	1,0	...

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

1. Catégorie de référence : absence de la caractéristique.
  2. Le rapport de cotes est corrigé en fonction des quatre autres variables d'ajustement.
  3. Les rapports de cotes pour le groupe correspondant à l'insuffisance pondérale (IMC : < 18,5) ne sont pas présentés en raison de la faible taille de l'échantillon (n = 59).
  4. Catégorie de référence : estimation correcte. Les rapports de cotes sont ajustés selon l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé.
  5. La catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an. Un ex-fumeur récent a arrêté de fumer depuis plus d'un an mais moins de trois ans. Le libellé « ancien fumeur » réfère aux personnes qui ont abandonné l'usage de la cigarette depuis trois ans et plus.
  6. Selon cette catégorisation, les gens actifs ont pratiqué une activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, à raison d'une fréquence minimale de quatre fois par semaine dans l'année précédant l'enquête. Une fréquence de deux à trois fois par semaine correspond au niveau « moyennement actif ». Une fréquence de deux à trois fois par mois ou d'une fois par semaine correspond au niveau « peu actif ». La sédentarité décrit une personne qui n'a pas pratiqué une activité physique de loisir ou qui en a fait environ une fois par mois durant la période de référence.
- † Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.  
†† Ajusté pour tenir compte du sexe, de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé.  
--- N'ayant pas lieu de figurer.  
▲ Le rapport de cotes devient non significatif lorsque l'on ajoute le statut pondéral comme facteur d'ajustement.  
◊ Le rapport de cotes devient significatif lorsque l'on ajoute le statut pondéral comme facteur d'ajustement.  
# Le rapport de cotes devient significativement plus élevé que celui de la catégorie de référence après l'ajout du statut pondéral comme facteur d'ajustement.  
v Près du seuil de signification statistique de risque moins élevé.

NOTE : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 21 Synthèse des associations<sup>1</sup> entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et les actions<sup>2</sup> au regard du poids corporel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

Ensemble de la population	
Action	Risque plus élevé d'avoir accompli l'action <sup>3</sup>
Perdre du poids	18 à 29 ans ◊ (65 ans et plus) 30 à 44 ans et 45 à 64 ans (65 ans et plus) Marié(e)/Union de fait (séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)) Célibataire et jamais marié(e) (séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)) Embonpoint ou obèse (poids normal) Surestimation du poids ◊ # (concordance) Diabète ▲ (pas de diabète) Hypertension ▲ (pas d'hypertension) Ex-fumeur récent/Ancien fumeur (personne n'ayant jamais fumé)
Maintenir son poids	Embonpoint (poids normal) Sous-estimation du poids (concordance) Femmes en embonpoint qui sous-estiment leur poids Δ (concordance)
Aucune action spécifique	Hommes (Femmes) RLS de la Haute-Côte-Nord ▲, RLS de Caniapiscou ▲, RLS de la Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord) Ménage gagnant moins de 20 000 \$ par année ▲ (80 000 \$ et plus par année) Pas de diplôme d'études secondaires (diplôme universitaire) Diplôme d'études secondaires ◊ (diplôme universitaire) Sous-estimation du poids (concordance) Hommes en embonpoint ou obèses qui sous-estiment leur poids (concordance) Femmes en embonpoint qui sous-estiment leur poids (concordance) Fumeur actuel (personne n'ayant jamais fumé) Personne sédentaire ou peu active (personne active)
Action	Risque moins élevé d'avoir accompli l'action <sup>3</sup>
Perdre du poids	Hommes (Femmes) RLS de la Minganie ▲ (RLS de la Basse-Côte-Nord) Sous-estimation du poids (concordance) Hommes en embonpoint ou obèses qui sous-estiment leur poids (concordance) Femmes en embonpoint qui sous-estiment leur poids (concordance) Fumeur actuel ▲ (personne n'ayant jamais fumé) Sédentaire (actif) Peu actif ◊ (actif)
Maintenir son poids	Hommes ◊ (femmes) 30 à 44 ans ▲ (65 ans et plus) RLS de la Minganie v (RLS de la Basse-Côte-Nord) Ménage gagnant de 20 000 \$ à 40 000 \$ par année ▲ (80 000 \$ et plus par année) Fumeur actuel (personne n'ayant jamais fumé) Sédentaire (actif)
Ne rien faire	18 à 29 ans ◊ (65 ans et plus) 45 à 64 ans v (65 ans et plus) Célibataire et jamais marié(e) (séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)) Embonpoint ou obésité (poids normal) Surestimation du poids ◊ (concordance) Diabète ▲ (pas de diabète) Hypertension ▲ (pas d'hypertension) Ex-fumeur récent/Ancien fumeur (personne n'ayant jamais fumé)

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., Hamel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois*. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec, 24 p. (tableau 2, page 18).

1. Selon les analyses de régression logistique présentées dans les tableaux 19 et 20. 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 type d'action accomplie ou non par rapport à son poids. Dans un premier temps, les modèles statistiques sont ajustés pour considérer l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé. Un deuxième modèle inclut un autre facteur d'ajustement, soit le statut pondéral, en plus des variables précédentes. Lorsque l'une des caractéristiques constitue aussi une variable contrôle, les rapports de cotes sont ajustés en fonction des autres facteurs confondants. Par ailleurs, lorsque l'on parle d'une association significative, on ne peut pas nécessairement en déduire une relation de cause à effet. La nature même de l'ESCN 2010 ne permet pas de tirer ce genre de conclusion.
  2. Catégorie de référence : absence de la caractéristique.
  3. On parle de risque plus élevé lorsque les rapports de cotes sont supérieurs à 1 et significatifs au seuil de 5 %. Le risque est moindre 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. Dans le cas présent, 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).
- ▲ Le rapport de cotes devient non significatif lorsque l'on ajoute le statut pondéral comme facteur d'ajustement.  
◊ Le rapport de cotes devient significatif lorsque l'on ajoute le statut pondéral comme facteur d'ajustement.  
# Le rapport de cotes devient significativement plus élevé que celui de la catégorie de référence après l'ajout du statut pondéral comme facteur d'ajustement.  
v Près du seuil de signification statistique de risque moins élevé.

NOTE : Chaque caractéristique doit être considérée indépendamment des autres. Ainsi, après un ajustement pour l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé, les personnes en embonpoint ou obèses sont plus susceptibles d'avoir tenté de perdre du poids que celles de poids normal. Par rapport aux individus qui perçoivent correctement leur poids, les hommes et femmes en embonpoint ainsi que les hommes obèses qui le sous-estiment sont significativement moins sujets à avoir essayé de maigrir dans les six mois précédents l'enquête, après une correction pour l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé.

## CHAPITRE 6 : DISCUSSION ET ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR L'ACTION

À la fin de cette étude, il convient de rappeler certains des grands constats dégagés et de proposer quelques réflexions au regard des principes qui pourraient guider les interventions préventives auprès de la population nord-côtière au regard du poids corporel.

### 6.1 ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX

Les données de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 démontrent indubitablement que l'excès de poids constitue un phénomène très fréquent sur la Côte-Nord puisqu'il touche près des deux tiers (64 %) de la population régionale âgée de 18 ans et plus, vivant en ménage privé. Cette proportion représente alors environ 43 400 personnes. Plus spécifiquement, environ 42 % des résidents de la région se classent dans la catégorie « embonpoint », soit quelque 28 300 personnes et environ 22 % font de l'obésité (15 100 personnes). Un peu plus du tiers (34 %) des adultes nord-côtiers affichent un poids normal tandis que 1,7 % environ ont un poids insuffisant.

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 %).

Les résultats de l'ESCN 2010 montrent que l'on retrouve, en proportion, davantage d'individus qui font de l'hypertension artérielle chez les gens obèses que chez ceux qui affichent un poids normal (28 % c. 14 %). Ce lien significatif entre l'obésité et l'hypertension persiste dans des modèles statistiques qui permettent de tenir compte des effets simultanés de facteurs comme l'âge, le sexe, la scolarité et l'activité physique de loisir. Il en est de même en ce qui a trait au diabète. Cette maladie se rencontre plus couramment au sein de la population nord-côtière obèse (15 %) que parmi celle de poids normal (3,9 %).

Le poids corporel est aussi associé à certaines habitudes de vie. Ainsi, la sédentarité durant les loisirs constitue une habitude plus répandue chez les individus obèses que parmi ceux de poids normal (35 % c. 22 %), et ce, à la fois chez les hommes (33 % c. 22 %) et chez les femmes (38 % c. 23 %). Cette association significative se maintient dans les modèles statistiques après un ajustement selon l'âge, le sexe et l'usage du tabac. Si l'on compare cette fois les personnes obèses à l'ensemble des autres Nord-Côtiers, la sédentarité est quand même davantage présente chez les gens obèses en vertu d'un modèle ajusté selon les mêmes caractéristiques.

Près de 62 % des adultes nord-côtiers évaluent leur poids comme à peu près normal, 36 % estiment faire de l'embonpoint et un peu moins de 2 % se voient comme trop maigres. Comme la perception relative à l'embonpoint comprend aussi la catégorie « obèse », il n'est pas possible, dans l'ESCN 2010, d'estimer la proportion de personnes obèses qui se perçoivent comme telles.

Un peu plus de six personnes sur dix dont le poids est insuffisant considèrent pourtant avoir un poids normal (65 %) tandis qu'environ \*24 % se perçoivent effectivement comme trop maigres. Chez les personnes dont le poids est normal, près de 91 % estiment avoir un poids normal; c'est le cas de 91 % des hommes et de 92 % des femmes. Environ 6 % de la population régionale ayant un poids normal pense qu'elle fait de l'embonpoint; les hommes ne se démarquent pas significativement des femmes à ce sujet (\*4,6 % c. 6 %). Ce résultat se situe à contrecourant de ceux observés dans plusieurs études où beaucoup de personnes, surtout les femmes, croient faire de l'embonpoint quand bien même leur indice de masse corporelle les classe dans la catégorie poids normal.

Parmi les 42 % des résidents nord-côtiers qui font de l'embonpoint, près de 37 % se perçoivent comme tels et 62 % pensent avoir un poids normal. La proportion d'hommes en embonpoint qui s'évaluent ainsi est significativement moindre que celle observée chez les femmes (29 % c. 51 %). À l'inverse, ils sont davantage susceptibles que les

femmes de croire avoir un poids normal (70 % c. 49 %). C'est donc dire qu'une large majorité d'hommes qui font de l'embonpoint ne considèrent pas en faire.

L'obésité touche, on l'a vu, un peu moins du quart des Nord-Côtiers (22 %). Or, la population obèse rapporte très majoritairement faire de l'embonpoint (82 %). Les données de l'enquête indiquent que, chez les personnes qui font de l'obésité, les Nord-Côtiers déclarent davantage que les hommes être en embonpoint (88 % c. 77 %). Enfin, toujours chez les individus obèses, les femmes témoignent d'une plus faible propension à considérer avoir un poids normal que les hommes (12 % c. 23 %).

En ce qui a trait aux actions entreprises au regard du poids corporel dans les six mois précédant l'enquête, les résultats révèlent qu'environ 23 % des résidents nord-côtiers ont tenté de maigrir, 28 % ont essayé de le maintenir, 48 % n'ont rien durant cette période de référence de six mois. Les autres Nord-Côtiers, soit environ 2 % déclarent plutôt avoir essayé d'en gagner.

L'Enquête Santé Côte-Nord a permis de relever des écarts significatifs entre les hommes et les femmes concernant les actions accomplies pour tenter de perdre du poids. Les hommes qui ont essayé d'abaisser leur poids sont moins nombreux, en proportion, que les femmes (20 % c. 25 %). Cet écart significatif selon le sexe ne se vérifie que chez les 18 à 29 ans toutefois. Dans les autres groupes d'âge, l'écart entre les sexes n'est pas significatif, mais suit la même tendance, sauf chez les individus âgés de 65 ans et plus. Parmi ces derniers, ce sont plutôt les hommes qui ont davantage tendance à avoir voulu perdre du poids. Dans l'ensemble de la population régionale, nos analyses statistiques, qui prennent en considération l'influence conjointe d'autres facteurs comme l'âge, le revenu, la scolarité, la perception de l'état de santé en général ainsi que le poids corporel, valident les observations selon lesquelles les hommes sont moins susceptibles que les femmes d'avoir adopté des moyens visant une réduction de leur poids dans la période de six mois précédant l'enquête.

En contrepartie, les personnes qui n'ont rien tenté de spécifique sont proportionnellement plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes (52 % c. 44 %). Cette propension significativement plus forte enregistrée chez les hommes demeure significative selon les modèles statistiques multivariés.

Exception faite des gens ayant un poids insuffisant, la proportion de gens qui rapportent avoir tenté de perdre du poids augmente avec la croissance de l'IMC, et ce, autant dans la population en général, que chez les hommes et les femmes. Les deux sexes confondus, on note que cette proportion passe de 12 % chez ceux qui ont un poids normal, à 20 % chez les individus qui font de l'embonpoint et à 44 % du côté des personnes obèses. Toutes proportions gardées, les hommes sont moins nombreux que femmes à avoir essayé de maigrir, et ce, autant pour dans la catégorie correspondant à un poids normal (\*7 % c. 14 %) qu'à celle relative à l'embonpoint (16 % c. 27 %). Chez les personnes obèses, les résultats régionaux ne font pas apparaître un écart significatif selon le sexe (hommes : 42 %; femmes : 47 %).

Nous avons aussi démontré, à l'aide d'analyses multivariées, que les actions entreprises concernant le poids corporel sont associées de manière significative au statut pondéral. Tel qu'attendu, c'est notamment le cas de celles visant une diminution du poids où les personnes en embonpoint et les individus obèses se révèlent bien plus susceptibles d'avoir tenté de le faire que celles affichant un poids normal.

Il est encourageant de constater que seule une minorité de personnes qui ont un poids normal aient tout de même fait des tentatives pour en perdre (12 %) alors qu'elles n'auraient pas dû. Nous ne sommes pas en mesure de statuer si les moyens préconisés ont pu représenter un risque pour la santé car l'enquête ne comporte pas de questions à ce sujet. Au compte de ces moyens plausibles on retrouve, par exemple, le fait de sauter des repas, de prendre des substituts de repas, de prendre des laxatifs, de consommer des produits amaigrissants. En outre, l'Enquête Santé Côte-Nord ne permet pas de savoir si le poids corporel constitue une source de préoccupation excessive dans la population régionale puisque les répondants n'ont pas été interrogés là-dessus.

Finalement, parmi les individus se percevant en embonpoint, un peu plus de quatre sur dix (43 %) ont essayé de perdre du poids dans les six mois précédant l'enquête. Cette action s'avère plus fréquente chez ces derniers que

chez les personnes qui évaluent leur poids comme normal (11 %). Le même constat prévaut pour les deux sexes. Dans le cas des personnes qui estiment avoir un surplus de poids, on ne dénote pas de différence significative entre les hommes et les femmes au regard des tentatives de maigrir (42 % c. 44 %). En revanche, au sein de la population percevant son poids comme normal, les hommes déclarent moins fréquemment que les femmes avoir entrepris d'abaisser leur poids (9 % c. 14 %).

## 6.2 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR L'ACTION

L'embonpoint, et surtout l'obésité, constituent donc des déterminants importants qui accroissent les risques de développer des problèmes de santé, d'autant plus lorsqu'ils s'accompagnent, par exemple, d'une habitude de vie préjudiciable pour la santé comme l'inactivité physique<sup>[140, 141]</sup>. L'importance relative de ces déterminants est souvent sujette à débat dans certains milieux et chez plusieurs chercheurs<sup>[140, 142]</sup>. 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<sup>[141-148]</sup>.

Les cotes exprimant le risque des Nord-Côtiers d'avoir reçu un diagnostic de diabète selon le poids corporel et l'activité physique de loisir sont présentées au tableau 22. Elles sont corrigées pour l'âge et le sexe. En comparaison de la catégorie de référence « personnes actives et de poids normal » (RC = 1,0 par définition), les individus sédentaires et atteints d'obésité de classe II et III sont beaucoup plus susceptibles de vivre avec le diabète (RC = 7,4). En fait, ce risque s'avère significativement plus élevé à partir du moment où l'on fait de l'embonpoint, et ce, que l'on soit actif ou sédentaire. Un constat similaire a aussi été fait ailleurs<sup>[142, 149]</sup>. On peut observer que le risque tend à être moindre lorsqu'on est actif, sauf chez les gens faisant de l'obésité de classe II et III où l'on observe la tendance inverse. L'ESCN 2010 ne permet pas de d'identifier d'écarts significatifs entre les actifs et les sédentaires à cet égard (les intervalles de confiance des rapports de cotes se chevauchent), exception faite des Nord-Côtiers ayant un poids normal.

Une analyse similaire a été faite pour l'hypertension artérielle. Les cotes qui expriment le risque des Nord-Côtiers d'avoir reçu un diagnostic d'hypertension selon l'activité physique de loisir et le poids corporel sont présentées au tableau 23. En comparaison de la catégorie de référence « personnes actives et de poids normal » (RC = 1,0 par définition), les individus sédentaires et atteints d'obésité de classes II et III sont plus susceptibles de faire de l'hypertension (RC = 3,3). En fait, après un ajustement pour l'âge et le sexe, ce risque tend à être plus élevé à partir du moment où l'on fait de l'embonpoint à la fois chez les gens actifs ou sédentaires.

Nos analyses tendent à donc 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'apparaît pas vraiment fondamental et se situe davantage au plan académique. Selon ces auteurs, plutôt que de consacrer du temps à soupeser la contribution relation 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<sup>[140]</sup>. 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, constitue un objectif plus atteignable pour la majorité des personnes obèses. Un tel message de santé publique convaincra 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<sup>[131]</sup>. 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<sup>[150]</sup>.

Or, pour favoriser de tels changements qui pourraient permettre aux personnes en embonpoint ou obèses d'abaisser leur poids, sinon de le maintenir, et ainsi de mieux contrôler des maladies comme le diabète ou l'hypertension, ou de réduire les risques qu'elles surviennent, plusieurs études déjà citées démontrent qu'il faut que les gens se sentent interpellés. Pour ce faire, une des clés résiderait dans la perception juste ou correcte de leur poids, sans quoi les messages de promotion de la santé et de saines habitudes de vie, entre autres au regard de l'activité physique et d'une saine alimentation<sup>[120]</sup>, risquent d'être inefficaces<sup>[113, 117, 131]</sup>. En effet, les personnes qui sous-estiment leur poids peuvent alors s'imaginer que ce type de message s'adresse à quelqu'un d'autre<sup>[116]</sup>.

Nous avons vu qu'une proportion appréciable de la population nord-côtière (31 %) sous-estime son poids. Lorsqu'on ventile cette information selon le statut pondéral, on s'aperçoit que 63 % des individus qui font de l'embonpoint se considèrent moins pesants qu'ils ne le sont d'après leur IMC; ils croient avoir un poids normal ou, à l'extrême, être trop maigres. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à sous-estimer leur poids (42 % c. 19 %). Cet écart significatif selon le sexe prévaut chez les personnes en embonpoint (71 % c. 49 %) ou obèses (22 % c. 12 %), mais pas chez celles de poids normal (\*4,4 % c. \*2,1 %) (tableau 9).

Les proportions élevées de sous-estimation du poids chez les gens en embonpoint pourraient peut-être s'expliquer, en partie, par une bonne santé relative dans la mesure où ils n'auraient pas encore développé de problèmes chroniques de santé comme le diabète ou l'hypertension, surtout dans le cas de ceux dont l'IMC se situe tout juste au-dessus du seuil définissant l'embonpoint<sup>[131]</sup>.

Les analyses de régression logistique révèlent que la sous-estimation du poids corporel constitue un facteur fortement associé à différentes actions au regard du poids corporel, en prenant en considération les effets conjoints de l'âge, du sexe, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé en général. Ainsi, les gens qui sous-estiment leur poids sont 60 % moins susceptibles d'avoir entrepris d'en perdre (RC = 0,4) (tableau 20) dans les six mois précédents l'enquête comparativement à ceux qui se perçoivent conformément à leur statut pondéral (RC = 1,0, par définition). Ce lien significatif persiste chez les hommes en embonpoint ou obèses ainsi que chez les femmes en embonpoint (tableau 20). Exprimé autrement, les hommes et les femmes en embonpoint ainsi que les hommes obèses qui jugent effectivement faire de l'embonpoint sont plus susceptibles d'avoir essayé de maigrir que les personnes des mêmes groupes qui affirment avoir un poids normal ou être trop maigres. Pour leur part, les femmes nord-côtières obèses ont moins tendance, elles-aussi, d'avoir tenté d'abaisser leur poids que celles qui en ont une perception conforme à leur statut pondéral. Le rapport de cotes n'est pas significatif; c'est pourquoi nous parlons d'une tendance.

À l'inverse, les actions ou les messages destinés à favoriser une perception réaliste de son poids ne doivent pas engendrer des effets indésirables, notamment au regard d'une préoccupation excessive à l'égard du poids. Cela peut se produire, entre autres, lorsque des personnes ayant pourtant un poids normal emploient des méthodes pour l'abaisser. Certaines de ces méthodes, déjà évoquées plus haut, recèlent un potentiel de dangerosité pour la santé. Cependant, dans le cas de la Côte-Nord, le risque semble faible puisque au-delà de 90 % des individus qui affichent un poids normal jugent avoir un poids normal.

Enfin, nous avons évoqué, en introduction, les résultats d'études sur le passage du statut « poids normal » à l'embonpoint et à l'obésité. 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'activité physique de loisir.

## À RETENIR

- En 2010, environ 42 % des résidents de la Côte-Nord vivant en ménage privé font de l'embonpoint tandis que 22 % sont obèses. Par conséquent, environ 64 % des Nord-Côtiers affichent un excès de poids.
- L'excès de poids constitue un important déterminant dans la genèse de problèmes de santé comme le diabète, l'hypertension artérielle, certains types de cancer, les maux de dos et les atteintes aux articulations, comme l'arthrose du genou, etc.
- D'après l'enquête, l'hypertension artérielle s'avère plus fréquente parmi la population obèse que celle de poids normal. Le même phénomène prévaut en ce qui a trait au diabète.
- Certaines habitudes de vie, comme l'inactivité physique durant les loisirs, sont plus répandues chez les individus obèses que chez ceux qui affichent un poids normal.
- Perdre du poids engendre des effets bénéfiques pour la santé des personnes en embonpoint ou obèses, et ce, même dans le cas d'un amaigrissement modeste, soit d'environ 5 % à 10 %.
- Une perception réaliste de son poids constitue un enjeu important pour que les programmes de prévention et de promotion de saines habitudes de vie puissent interpeller les personnes ayant un poids excédentaire. Or, environ 31 % des résidents nord-côtiers sous-estiment leur poids, c'est-à-dire qu'ils se perçoivent moins lourds que leur statut pondéral réel calculé d'après leur indice de masse corporelle (IMC). La proportion de gens qui sous-estiment leur poids réel est significativement plus forte parmi les individus en embonpoint (61 %) que chez les gens obèses (18 %).
- Les personnes qui sous-estiment leur poids sont significativement moins susceptibles d'avoir tenté de maigrir dans les six mois précédant l'enquête que ceux qui se perçoivent correctement, en tenant compte des effets conjoints de l'âge, du sexe, du revenu, de la scolarité et de la perception de son état de santé en général. Ce lien significatif se vérifie chez les hommes en embonpoint ou obèses ainsi que chez les femmes qui font de l'embonpoint. La même tendance se dessine dans le cas des femmes obèses, mais elle ne s'avère pas statistiquement significative.

**Tableau 22 Rapports de cotes exprimant le risque d'être atteint de diabète selon le poids corporel et l'activité physique de loisir, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Personnes actives <sup>1</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Personnes sédentaires <sup>1</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Poids corporel<sup>2</sup></b>				
Poids normal (IMC <sup>3</sup> : 18,5 - 24,9) <sup>†</sup>	1,0	...	1,7	[0,9 ; 3,3]
Embonpoint (IMC : 25,0 - 29,9)	<b>1,6</b>	[1,0 ; 2,5]	<b>3,0</b>	[1,8 ; 5,2]
Obésité classe I (IMC : 30,0 - 34,9)	<b>4,1</b>	[2,5 ; 6,7]	<b>5,7</b>	[3,3 ; 9,8]
Obésité classe II et III (IMC >= 35,0)	<b>8,2</b>	[4,3 ; 15,7]	<b>7,4</b>	[3,8 ; 14,3]

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

1. Pour les fins de cette analyse, une personne est considérée comme active si, dans l'année précédant l'enquête, elle a pratiqué des activités physiques de loisir, d'une durée minimale de 20 à 30 minutes par séance, à une fréquence d'au moins une fois par semaine. Autrement, elle est considérée comme étant sédentaire pour ce genre d'activité.

2. Les rapports de cotes pour le groupe « insuffisance pondérale » (IMC < 5) ne sont pas présentés en raison de la faible taille de l'échantillon.

3. Indice de masse corporelle.

† Les personnes actives et de poids normal forment la catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

NOTE : Les rapports de cotes sont ajustés selon l'âge et le sexe. Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

**Tableau 23 Rapports de cotes exprimant le risque d'être atteint d'hypertension artérielle selon le poids corporel et l'activité physique de loisir, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Personnes actives <sup>1</sup>	Intervalle de confiance de 95 %	Personnes sédentaires <sup>1</sup>	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Poids corporel<sup>2</sup></b>				
Poids normal (IMC <sup>3</sup> : 18,5 - 24,9) <sup>†</sup>	1,0	...	1,3	[0,9 - 2,1]
Embonpoint (IMC : 25,0 - 29,9)	<b>1,6</b>	[1,2 - 2,2]	<b>1,6</b>	[1,1 - 2,4]
Obésité classe I (IMC : 30,0 - 34,9)	<b>2,4</b>	[1,6 - 3,6]	<b>2,5</b>	[1,6 - 4,0]
Obésité classe II et III (IMC >= 35,0)	<b>3,2</b>	[1,8 - 5,6]	<b>3,3</b>	[1,8 - 5,9]

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

1. Pour les fins de cette analyse, une personne est considérée comme active si, dans l'année précédant l'enquête, elle a pratiqué des activités physiques de loisir, d'une durée minimale de 20 à 30 minutes par séance, à une fréquence d'au moins une fois par semaine. Autrement, elle est considérée comme étant sédentaire pour ce genre d'activité.

2. Les rapports de cotes pour le groupe « insuffisance pondérale » (IMC < 5) ne sont pas présentés en raison de la faible taille de l'échantillon.

3. Indice de masse corporelle.

† Les personnes actives et de poids normal forment la catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours de 1,0.

NOTE : Les rapports de cotes sont ajustés selon l'âge et le sexe. Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1. Voir la note 16 de la section 2.2.2 pour une explication plus détaillée.

## RÉFÉRENCES

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Tjepkema, M. : **Obésité chez les adultes**. *Rapports sur la santé* 2006, **17**(3) : 9-26.
5. 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.
6. 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.
7. Daniels, S. R. : **Obesity, vascular changes, and elevated blood pressure**. *Journal of the American College of Cardiology* 2012, **60**(25) : 2651-2652.
8. 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.
9. 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.
10. Krueger, H. A. : **Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada**. Mai 2008 : 73 p.
11. Agence de 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.
12. Leduc, S., M. Coulombe : **Obésité, sédentarité et cancer**. *Le Médecin du Québec* 2005, **40**(10) : 53-59.
13. 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.
14. Groupe de travail provincial sur la problématique du poids : **Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à l'action**. 2005 : 57 p. Annexes.
15. Organisation mondiale de la santé (OMS) : **Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale**. *Série de rapports techniques* 2003(894) : 284 p.
16. 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.
17. 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.
18. Janssen, I. : **The public health burden of obesity in Canada**. *Can J Diabetes* 2013, **37**(2) : 90-96.
19. Haslam, D. : **Obesity : a medical history**. *Obesity Reviews* 2007, **8 Suppl 1** : 31-36.
20. Garipey, G., D. Nitka, N. Schmitz : **The association between obesity and anxiety disorders in the population : a systematic review and meta-analysis**. *International Journal of Obesity (2005)* 2010, **34**(3) : 407-419.
21. Bodenlos, J. S., S. C. Lemon, K. L. Schneider *et al* : **Associations of mood and anxiety disorders with obesity : comparisons by ethnicity**. *Journal of Psychosomatic Research* 2011, **71**(5) : 319-324.
22. de Wit, L. M., M. Fokkema, A. van Straten *et al* : **Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities**. *Depression and Anxiety* 2010, **27**(11) : 1057-1065.
23. Carey, M., H. Small, S. L. Yoong *et al* : **Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice : a cross-sectional survey**. *British Journal of General Practice* 2014, **64**(620) : e122-127.
24. Preiss, K., L. Brennan, D. Clarke : **A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression**. *Obesity Reviews* 2013, **14**(11) : 906-918.

25. Luppino, F. S., L. M. de Wit, P. F. Bouvy *et al* : **Overweight, obesity, and depression : a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.** *Archives of General Psychiatry* 2010, **67**(3) : 220-229.
26. Roberts, R. E., S. Deleger, W. J. Strawbridge *et al* : **Prospective association between obesity and depression : evidence from the Alameda County Study.** *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2003, **27**(4) : 514-521.
27. Markowitz, S., M. A. Friedman, S. M. Arent : **Understanding the relation between obesity and depression : causal mechanisms and implications for treatment.** *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008, **15**(1) : 1-20.
28. de Wit, L. M., A. van Straten, M. van Herten *et al* : **Depression and body mass index, a u-shaped association.** *BMC Public Health* 2009, **9** : 14.
29. Martinez, E. V., M. Gutierrez-Bedmar, A. Garcia-Rodriguez *et al* : **Weight status and psychological distress in a Mediterranean Spanish population : a symmetric U-shaped relationship.** *Nutrients* 2014, **6**(4) : 1662-1677.
30. Garipey, G., J. Wang, A. Lesage *et al* : **The interaction of obesity and psychological distress on disability.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010, **45**(5) : 531-540.
31. Miller, C. T., K. T. Downey : **A meta-analysis of heavyweight and self-esteem.** *Personality and Social Psychology Review* 1999, **3**(1) : 68-84.
32. Hartung, F. M., B. Renner : **Perceived and actual social discrimination : the case of overweight and social inclusion.** *Frontiers in Psychology* 2013, **4** : 147.
33. Puhl, R., K. D. Brownell : **Bias, discrimination, and obesity.** *Obesity Research* 2001, **9**(12) : 788-805.
34. Puhl, R. M., K. D. Brownell : **Psychosocial origins of obesity stigma : toward changing a powerful and pervasive bias.** *Obesity Reviews* 2003, **4**(4) : 213-227.
35. 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.
36. Brewis, A. A. : **Stigma and the perpetuation of obesity.** *Social Science and Medicine* 2014, **118** : 152-158.
37. Puhl, R. M., T. Andreyeva, K. D. Brownell : **Perceptions of weight discrimination : prevalence and comparison to race and gender discrimination in America.** *International Journal of Obesity (2005)* 2008, **32**(6) : 992-1000.
38. Puhl, R., K. D. Brownell : **Ways of coping with obesity stigma : review and conceptual analysis.** *Eat Behav* 2003, **4**(1) : 53-78.
39. Cheskin, L. J., S. Kahan, G. Geller : **Weight-based stigma and physician bias.** *Virtual Mentor* 2010, **12**(4) : 258-262.
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. Tomiyama, A. J., L. E. Finch, A. C. Belsky *et al* : **Weight bias in 2001 versus 2013 : Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals.** *Obesity (Silver Spring)* 2015, **23**(1) : 46-53.
42. Teachman, B. A., K. D. Brownell : **Implicit anti-fat bias among health professionals : is anyone immune?** *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2001, **25**(10) : 1525-1531.
43. Teachman, B. A., K. D. Gapinski, K. D. Brownell *et al* : **Demonstrations of implicit anti-fat bias : the impact of providing causal information and evoking empathy.** *Health Psychology* 2003, **22**(1) : 68-78.
44. Setchell, J., B. Watson, L. Jones *et al* : **Physiotherapists demonstrate weight stigma : a cross-sectional survey of Australian physiotherapists.** *Journal of Physiotherapy* 2014, **60**(3) : 157-162.
45. Carr, D., M. A. Friedman : **Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States.** *Journal of Health and Social Behavior* 2005, **46**(3) : 244-259.
46. Katzmarzyk, P. T. : **The Canadian obesity epidemic: an historical perspective.** *Obesity Research* 2002, **10**(7) : 666-674.
47. Tremblay, M. S., P. T. Katzmarzyk, J. D. Willms : **Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996.** *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2002, **26**(4) : 538-543.
48. Katzmarzyk, P. T. : **The Canadian obesity epidemic, 1985-1998.** *CMAJ : Canadian Medical Association Journal* 2002, **166**(8) : 1039-1040.
49. Parikh, N. I., M. J. Pencina, T. J. Wang *et al* : **Increasing trends in incidence of overweight and obesity over 5 decades.** *American Journal of Medicine* 2007, **120**(3) : 242-250.

50. Mongeau, L., N. AUDET, J. AUBIN *et al* : **L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003**. Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec 2005 : 24 p.
51. Nguyen, N. T., X. M. Nguyen, J. B. Wooldridge *et al* : **Association of obesity with risk of coronary heart disease : findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2006**. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2010, **6**(5) : 465-469.
52. French, M. T., E. C. Norton, H. Fang *et al* : **Alcohol consumption and body weight**. *Health Economics* 2010, **19**(7) : 814-832.
53. Shields, M., M. Tjepkema : **Tendances de l'obésité chez l'adulte**. *Rapports sur la santé* 2006, **17**(3) : 57-64.
54. Shields, M. : **L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents**. *Rapports sur la santé* 2006, **17**(3) : 27-43.
55. Martel, S., E. Lo, D. Hamel *et al* : **Poids corporel et santé chez les adultes québécois**. *Coll. Fardeau du poids corporel* 2014 : 24 p.
56. Raine, K. D. : **Le surpoids et l'obésité au Canada [ressource électronique] : une perspective de la santé de la population**: Institut canadien d'information sur la santé, Initiative sur la santé de la population canadienne; 2004.
57. Le Petit, C., J.-M. Berthelot : **L'obésité : un enjeu en croissance**. *Rapports sur la santé* 2006, **17**(3) : 45.
58. Vasan, R. S., M. J. Pencina, M. Cobain *et al* : **Estimated risks for developing obesity in the Framingham Heart Study**. *Annals of Internal Medicine* 2005, **143**(7) : 473-480.
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. Martel, S., E. Lo, D. Hamel *et al* : **Le fardeau économique de l'obésité et de l'embonpoint : Revue de la littérature**. *Coll Fardeau du poids corporel* 2014 : 80 p.
66. Therriault, Y. : **Enquête Santé Côte-Nord 2010 : Reformatage de variables et spécification de variables dérivées - Document non publié**. Baie-Comeau : Direction de santé publique; Mai 2011.
67. Institut de la statistique du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : **Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosantitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008**. Québec : Gouvernement du Québec; 2011 : 103 p.
68. 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.
69. 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.
70. Rowland, M. L. : **Self-reported weight and height**. *American Journal of Clinical Nutrition* 1990, **52**(6) : 1125-1133.
71. 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.
72. 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.

73. 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.
74. Roberts, R. J. : **Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight?** *Public Health* 1995, **109**(4) : 275-284.
75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. Yannakoulia, 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.
80. Gilmore, J. : **L'indice de masse corporelle et la santé.** *Rapports sur la santé* 1999, **11**(1) : 33-48.
81. Weller, I., P. Corey : **The impact of excluding non-leisure energy expenditure on the relation between physical activity and mortality in women.** *Epidemiology* 1998, **9**(6) : 632-635.
82. Jiang, Y., Y. Chen, D. Manuel *et al* : **Quantifying the impact of obesity category on major chronic diseases in Canada.** *ScientificWorldJournal* 2007, **7** : 1211-1221.
83. Merchant, A. T., M. Dehghan, N. Akhtar-Danesh : **Seasonal variation in leisure-time physical activity among Canadians.** *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Santé Publique* 2007, **98**(3) : 203-208.
84. Brooks, J. H., A. Ferro : **The physician's role in prescribing physical activity for the prevention and treatment of essential hypertension.** *JRSM Cardiovasc Dis* 2012, **1**(4).
85. Prince, S. A., K. B. Adamo, M. E. Hamel *et al* : **A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults : a systematic review.** *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008, **5** : 56.
86. Chiolero, A., D. Faeh, F. Paccaud *et al* : **Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance.** *American Journal of Clinical Nutrition* 2008, **87**(4) : 801-809.
87. Chatkin, R., C. C. Mottin, J. M. Chatkin : **Smoking among morbidly obese patients.** *BMC Pulmonary Medicine* 2010, **10** : 61.
88. Chen, J., W. J. Millar : **Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune?** *Rapports sur la santé* 1998, **9**(4) : 39-48.
89. Stephens, M., J. Siroonian : **L'habitude de fumer et les tentatives de s'en défaire.** *Rapports sur la santé* 1998, **9**(4) : 31-38.
90. Martinez, J. A., J. M. Kearney, A. Kafatos *et al* : **Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union.** *Public Health Nutrition* 1999, **2**(1A) : 125-133.
91. Hall, J. E. : **The kidney, hypertension, and obesity.** *Hypertension* 2003, **41**(3 Pt 2) : 625-633.
92. Zhou, Z., D. Hu, J. Chen : **Association between obesity indices and blood pressure or hypertension : which index is the best?** *Public Health Nutrition* 2009, **12**(8) : 1061-1071.
93. Millar, W. J., T. K. Young : **Tracking diabetes: prevalence, incidence and risk factors.** *Health Reports* 2003, **14**(3) : 35-47.
94. Émond, V. : **Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs.** Institut national de santé publique du Québec; 2002 : 16 p.
95. Sanmartin, C., J. Gilmore : **Diabète—Prévalence et pratiques en matière de soins.** *Rapports sur la santé* 2008, **19**(3) : 63-68.
96. Murphy, K., S. K. C. Gorber, A. O'Dwyer : **Descriptions des états de santé au Canada: Diabète:** Statistique Canada; 2005.
97. Lemoine, O., D. Lesage, C. Leroux *et al* : **L'utilisation des services de santé par les diabétiques de Montréal en 2003-2004.** Direction de santé publique : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Institut national de santé publique du Québec: 45 + Annexes.

98. Garriguet, D. : **L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone**. *Rapports sur la santé* 2008, **19**(1) : 1-17.
99. Hubert, H. B., M. Feinleib, P. M. McNamara *et al* : **Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease : a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study**. *Circulation* 1983, **67**(5) : 968-977.
100. Guh, D. P., W. Zhang, N. Bansback *et al* : **The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight : a systematic review and meta-analysis**. *BMC Public Health* 2009, **9** : 88.
101. Wannamethee, S. G., A. G. Shaper, M. Walker : **Overweight and obesity and weight change in middle aged men : impact on cardiovascular disease and diabetes**. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005, **59**(2) : 134-139.
102. Flegal, K. M., B. I. Graubard, D. F. Williamson *et al* : **Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity**. *JAMA* 2007, **298**(17) : 2028-2037.
103. Shields, M., S. Shooshtari : **Déterminants de l'autoévaluation de la santé**. *Rapports sur la santé* 2001, **13**(1) : 39-63.
104. Herman, K. M., W. M. Hopman, M. W. Rosenberg : **Self-rated health and life satisfaction among Canadian adults : associations of perceived weight status versus BMI**. *Quality of Life Research* 2013, **22**(10) : 2693-2705.
105. Kessler, R. C., G. Andrews, L. J. Colpe *et al* : **Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress**. *Psychological Medicine* 2002, **32**(6) : 959-976.
106. Camirand, H., V. Nanhou : **La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes**. Institut de la statistique du Québec; 2008.
107. Sayon-Orea, C., M. A. Martinez-Gonzalez, M. Bes-Rastrollo : **Alcohol consumption and body weight : a systematic review**. *Nutrition Reviews* 2011, **69**(8) : 419-431.
108. Traversy, G., J. P. Chaput : **Alcohol Consumption and Obesity : An Update**. *Curr Obes Rep* 2015, **4**(1) : 122-130.
109. Chang, V. W., N. A. Christakis : **Self-perception of weight appropriateness in the United States**. *American Journal of Preventive Medicine* 2003, **24**(4) : 332-339.
110. Chang, V. W., N. A. Christakis : **Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards**. *Journal of General Internal Medicine* 2001, **16**(8) : 538-543.
111. Yost, J., B. Krainovich-Miller, W. Budin *et al* : **Assessing weight perception accuracy to promote weight loss among U.S. female adolescents : a secondary analysis**. *BMC Public Health* 2010, **10** : 465.
112. Truesdale, K. P., J. Stevens : **Do the obese know they are obese?** *North Carolina Medical Journal* 2008, **69**(3) : 188-194.
113. Gregory, C. O., H. M. Blanck, C. Gillespie *et al* : **Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight**. *Obesity (Silver Spring)* 2008, **16**(5) : 979-986.
114. Wadden, T. A., E. Didie : **What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity**. *Obesity Research* 2003, **11**(9) : 1140-1146.
115. Volger, S., M. L. Vetter, M. Dougherty *et al* : **Patients' preferred terms for describing their excess weight : discussing obesity in clinical practice**. *Obesity (Silver Spring)* 2012, **20**(1) : 147-150.
116. Kuchler, F., J. Variyam : **Mistakes were made : misperception as a barrier to reducing overweight**. *International Journal of Obesity* 2003, **27**(7) : 856-861.
117. Lemon, S. C., M. C. Rosal, J. Zapka *et al* : **Contributions of weight perceptions to weight loss attempts : differences by body mass index and gender**. *Body Image* 2009, **6**(2) : 90-96.
118. Linder, J., L. McLaren, G. L. Siou *et al* : **The epidemiology of weight perception : perceived versus self-reported actual weight status among Albertan adults**. *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Santé Publique* 2010, **101**(1) : 56-60.
119. Paeratakul, S., M. A. White, D. A. Williamson *et al* : **Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight**. *Obesity Research* 2002, **10**(5) : 345-350.
120. Duncan, D. T., K. Y. Wolin, M. Scharoun-Lee *et al* : **Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults**. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011, **8** : 20.
121. Lewis, D. W., G. R. Dutton, O. Affuso : **Physical characteristics associated with weight misperception among overweight and obese men : NHANES 1999-2006**. *Obesity (Silver Spring)* 2015, **23**(1) : 242-247.

122. Yaemsiri, S., M. M. Slining, S. K. Agarwal : **Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults : the NHANES 2003-2008 Study.** *International Journal of Obesity (2005)* 2011, **35**(8) : 1063-1070.
123. Alwan, H., B. Viswanathan, F. Paccaud *et al* : **Is Accurate Perception of Body Image Associated with Appropriate Weight-Control Behavior among Adolescents of the Seychelles.** *Journal of Obesity* 2011, **2011** : 817242.
124. Dorsey, R. R., M. S. Eberhardt, C. L. Ogden : **Racial and ethnic differences in weight management behavior by weight perception status.** *Ethnicity and Disease* 2010, **20**(3) : 244-250.
125. Hendley, Y., L. Zhao, D. L. Coverson *et al* : **Differences in weight perception among blacks and whites.** *J Womens Health (Larchmt)* 2011, **20**(12) : 1805-1811.
126. Rahman, M., A. B. Berenson : **Self-perception of weight and its association with weight-related behaviors in young, reproductive-aged women.** *Obstetrics and Gynecology* 2010, **116**(6) : 1274-1280.
127. Van Minnen, K., W. A. Davis, D. G. Bruce *et al* : **Accuracy, determinants, and consequences of body weight self-perception in type 2 diabetes : the Fremantle Diabetes Study.** *Journal of Diabetes and Its Complications* 2011, **25**(1) : 1-6.
128. Bennett, G. G., K. Y. Wolin : **Satisfied or unaware? Racial differences in perceived weight status.** *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006, **3** : 40.
129. Agrawal, P., K. Gupta, V. Mishra *et al* : **A study on body-weight perception, future intention and weight-management behaviour among normal-weight, overweight and obese women in India.** *Public Health Nutrition* 2014, **17**(4) : 884-895.
130. Naghshizadian, R., A. A. Rahnemai-Azar, K. Kella *et al* : **Patient perception of ideal body weight and the effect of body mass index.** *Journal of Obesity* 2014, **2014** : 491280.
131. 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.
132. Miller, E. C., M. R. Schulz, D. L. Bibeau *et al* : **Factors associated with misperception of weight in the stroke belt.** *Journal of General Internal Medicine* 2008, **23**(3) : 323-328.
133. Timperio, A., D. Cameron-Smith, C. Burns *et al* : **The public's response to the obesity epidemic in Australia : weight concerns and weight control practices of men and women.** *Public Health Nutrition* 2000, **3**(4) : 417-424.
134. Williamson, D. F., J. Madans, R. F. Anda *et al* : **Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort.** *New England Journal of Medicine* 1991, **324**(11) : 739-745.
135. Hall, S. M., C. D. Tunstall, K. L. Vila *et al* : **Weight gain prevention and smoking cessation : cautionary findings.** *American Journal of Public Health* 1992, **82**(6) : 799-803.
136. Bamia, C., A. Trichopoulou, D. Lenas *et al* : **Tobacco smoking in relation to body fat mass and distribution in a general population sample.** *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2004, **28**(8) : 1091-1096.
137. Flegal, K. M., R. P. Troiano, E. R. Pamuk *et al* : **The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States.** *New England Journal of Medicine* 1995, **333**(18) : 1165-1170.
138. Chiolero, A., I. Jacot-Sadowski, D. Faeh *et al* : **Association of cigarettes smoked daily with obesity in a general adult population.** *Obesity (Silver Spring)* 2007, **15**(5) : 1311-1318.
139. Kim, K. H. : **Religion, weight perception, and weight control behavior.** *Eat Behav* 2007, **8**(1) : 121-131.
140. Blair, S. N., T. S. Church : **The fitness, obesity, and health equation : is physical activity the common denominator?** *JAMA* 2004, **292**(10) : 1232-1234.
141. 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) : 196-204.
142. 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.
143. Florez, H., S. Castillo-Florez : **Beyond the obesity paradox in diabetes : fitness, fatness, and mortality.** *JAMA* 2012, **308**(6) : 619-620.
144. 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.

145. Gill, J. M., D. Malkova : **Physical activity, fitness and cardiovascular disease risk in adults : interactions with insulin resistance and obesity.** *Clinical Science (London, England: 1979)* 2006, **110**(4) : 409-425.
146. Hainer, V., H. Toplak, V. Stich : **Fat or fit : what is more important?** *Diabetes Care* 2009, **32 Suppl 2** : S392-397.
147. 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.
148. 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.
149. Weinstein, A. R., H. D. Sesso, I. M. Lee *et al* : **Relationship of physical activity vs body mass index with type 2 diabetes in women.** *JAMA* 2004, **292**(10) : 1188-1194.
150. 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.



---

## ANNEXES

---



**Tableau A1 Prévalence brute de l'embonpoint<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes qui considèrent leur poids comme normal ou se voient comme trop maigres, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord<sup>2</sup> et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010, (%)**

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Carlier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
<b>Population totale (n = 2 189)<sup>3</sup></b>			40,7	40,5	42,9	37,9	38,8	38,6	46,9	37,3
<b>Sexe</b>			<b>p = 0,000</b>	<b>p = 0,001</b>	<b>p = 0,000</b>	<b>p = 0,000</b>	<b>p = 0,000</b>	<b>p = 0,063</b>	<b>p = 0,005</b>	<b>p = 0,007</b>
Homme (n = 935)	√	r-CN	53,7 >	49,8 >	57,3 >	49,8 >	54,4 >	43,5 -	58,7 >	45,3 >
Femme (n = 1 254)	√	r-CN	25,5 <	29,7 <	25,2 <	22,0 <	22,7 <	33,4 +	31,0 <	* 26,6 <
<b>Âge</b>			<b>p = 0,057</b>	<b>p = 0,604</b>	<b>p = 0,498</b>	<b>p = 0,173</b>	<b>p = 0,083</b>	<b>p = 0,047</b>	<b>p = 0,660</b>	<b>p = 0,840</b>
18 à 29 ans (n = 255)	√	r-CN	33,4	XX	* 38,5	XX	* 35,0	* 24,4	XX	* 33,2
30 à 44 ans (n = 511)	√	r-CN	39,1	39,8	48,1 +	* 32,9	30,0 -	* 33,4	* 43,6	40,3
45 à 64 ans (n = 933)	√	r-CN	43,5	40,6	42,2	40,5	46,9	42,5	55,8	37,5
65 ans et plus (n = 475)	√	r-CN	43,5	46,4	43,5	48,2	38,5	49,3	* 46,0	XX
<b>Revenu du ménage</b>			<b>p = 0,006</b>	<b>p = 0,026</b>	<b>p = 0,184</b>	<b>p = 0,939</b>	<b>p = 0,030</b>	<b>p = 0,821</b>	<b>p = 0,408</b>	<b>p = 0,400</b>
Moins de 20 000 \$ (n = 260)	√	r-CN	33,5	* 21,2 - <	* 37,1	* 30,4	* 32,0	* 43,5	XX	XX
20 000 \$ à 39 999 \$ (n = 453)	√	r-CN	37,0	41,8	35,5	* 40,6	* 31,9	40,6	* 49,3	XX
40 000 \$ à 59 999 \$ (n = 369)	√	r-CN	50,5 >	52,0 >	56,3	* 38,3	50,5	41,3	* 45,7	XX
60 000 \$ à 79 999 \$ (n = 276)	√	r-CN	39,2	* 43,5	44,8	* 36,5	* 27,2 -	* 39,8	XX	XX
80 000 \$ et plus (n = 656)	√	r-CN	42,2	* 32,2	44,2	38,9	45,8	33,6	XX	40,0
<b>Scolarité</b>			<b>p = 0,018</b>	<b>p = 0,872</b>	<b>p = 0,064</b>	<b>p = 0,316</b>	<b>p = 0,406</b>	<b>p = 0,066</b>	<b>p = 0,036</b>	<b>p = 0,106</b>
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire (n = 581)	√	r-CN	42,0	37,4	44,1	* 32,3	40,7	49,4	52,8	XX
Diplôme d'études secondaires (n = 675)	√	r-CN	44,0	41,0	48,8	46,0	36,8	38,5	59,1	41,5
Diplôme d'études collégiales (n = 567)	√	r-CN	40,8	* 44,2	43,8	* 33,4	42,8	* 31,2	XX	30,9
Diplôme universitaire (n = 327)	√	r-CN	31,0 <	* 38,8	* 27,1	* 41,0	* 30,3	* 31,7	XX	* 39,2
<b>Occupation principale<sup>4</sup></b>			<b>p = 0,423</b>	<b>p = 0,711</b>	<b>p = 0,647</b>	<b>p = 0,057</b>	<b>p = 0,769</b>	<b>p = 0,597</b>	<b>p = 0,860</b>	<b>p = 0,482</b>
Travailleur(euse) (n = 1 331)	√	r-CN	41,3	40,2	45,2	36,7	38,8	36,9	49,3	36,9
Étudiant(e) (n = 72)	√	r-CN	* 37,7	XX						
Personne sans emploi (n = 137)	√	r-CN	* 30,3	XX						
Retraité(e) (n = 597)	√	r-CN	42,3	45,2	39,8	49,6	40,9	46,2	* 40,8	XX
Autre (n = 50)	√	r-CN	* 35,8	XX	XX	∅	XX	XX	XX	XX

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

- Indice de masse corporelle (IMC : 25,0 – 29,9). La prévalence n'est pas ajustée pour l'âge.
  - Les populations vivant dans les réserves autochtones ne sont pas incluses dans l'Enquête Santé Côte-Nord.
  - Population qui considère son poids comme normal ou qui se voit comme étant trop maigre.
  - 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.
- < 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-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- 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.
- ∅ Cellule vide.

**Tableau A2 Prévalence brute de l'obésité<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes qui considèrent leur poids comme normal ou se voient comme trop maigres, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord<sup>2</sup> et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010, (%)**

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Carlier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
<b>Population totale (n = 2 189)<sup>3</sup></b>			6,3	* 7,2	* 5,3	* 8,6	* 5,4	* 8,8	* 9,8	* 5,9
<b>Sexe</b>			p = 0,000	p = 0,636	p = 0,005	p = 0,206	p = 0,054	p = 0,895	p = 0,224	p = 0,017
Homme (n = 935)	√	r-CN	8,3 >	* 7,9	* 7,9 >	* 10,7	* 7,4	* 9,0	** n.p.	* 9,0 >
Femme (n = 1 254)	√	r-CN	3,9 <	* 6,3	** n.p.	** n.p.	* 3,3	* 8,5 +	** n.p.	** n.p.
<b>Âge</b>			p = 0,636	p = 0,297	p = 0,573	p = 0,001	p = 0,113	p = 0,744	p = 0,445	p = 0,322
18 à 29 ans (n = 255)	√	r-CN	* 5,1	XX	** n.p.	XX	∅	** n.p.	∅	** n.p.
30 à 44 ans (n = 511)	√	r-CN	* 5,6	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.
45 à 64 ans (n = 933)	√	r-CN	6,7	* 5,9	* 6,1	** n.p.	* 7,5	* 7,8	** n.p.	** n.p.
65 ans et plus (n = 475)	√	r-CN	* 7,5	* 7,7	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	XX
<b>Revenu du ménage</b>			p = 0,062	p = 0,000	p = 0,235	p = 0,769	p = 0,102	p = 0,866	p = 0,113	p = 0,718
Moins de 20 000 \$ (n = 260)	√	r-CN	* 9,0	* 24,5 + >	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	∅	∅
20 000 \$ à 39 999 \$ (n = 453)	√	r-CN	* 8,5	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 11,6	** n.p.	** n.p.	∅
40 000 \$ à 59 999 \$ (n = 369)	√	r-CN	* 4,2	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	XX
60 000 \$ à 79 999 \$ (n = 276)	√	r-CN	* 6,4	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	XX	∅
80 000 \$ et plus (n = 656)	√	r-CN	* 4,5	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	XX	* 6,7
<b>Scolarité</b>			p = 0,000	p = 0,182	p = 0,026	p = 0,218	p = 0,105	p = 0,247	p = 0,224	p = 0,159
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire (n = 581)	√	r-CN	11,1 >	* 11,1	* 11,3 >	* 14,4	** n.p.	* 11,7	** n.p.	XX
Diplôme d'études secondaires (n = 675)	√	r-CN	* 6,6	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.
Diplôme d'études collégiales (n = 567)	√	r-CN	* 5,0	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	** n.p.	∅	** n.p.
Diplôme universitaire (n = 327)	√	r-CN	** n.p.	∅	∅	** n.p.	∅	** n.p.	XX	** n.p.
<b>Occupation principale<sup>4</sup></b>			p = 0,346	p = 0,195	p = 0,748	p = 0,211	p = 0,080	p = 0,406	p = 0,714	p = 0,719
Travailleur(euse) (n = 1 331)	√	r-CN	5,9	** n.p.	* 6,3	** n.p.	** n.p.	* 8,3	* 10,6	* 6,7
Étudiant(e) (n = 72)	√	r-CN	** n.p.	XX	XX	∅	∅	∅	∅	∅
Personne sans emploi (n = 137)	√	r-CN	* 8,0	XX	XX	XX	XX	XX	∅	∅
Retraité(e) (n = 597)	√	r-CN	* 7,4	** n.p.	** n.p.	** n.p.	* 10,8	** n.p.	** n.p.	XX
Autre (n = 50)	√	r-CN	** n.p.	XX	∅	XX	∅	XX	∅	∅

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

- Indice de masse corporelle (IMC) >= 30,0. La prévalence n'est pas ajustée pour l'âge.
  - Les populations vivant dans les réserves autochtones ne sont pas incluses dans l'Enquête Santé Côte-Nord.
  - Population qui considère son poids comme normal ou qui se voit comme étant trop maigre.
  - 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.
- < 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).
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- \*\* n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée en raison de son imprécision trop élevée.
- 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.
- ∅ Cellule vide.

**Tableau A3 Prévalence brute du surplus de poids<sup>1</sup> selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes qui considèrent leur poids comme normal ou se voient comme trop maigres, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord<sup>2</sup> 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	Minganité	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
<b>Population totale (n = 2 189)<sup>3</sup></b>			46,9	47,7	48,2	46,5	44,2	47,4	56,7	43,2
<b>Sexe</b>			p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,061	p = 0,002	p = 0,000
Homme (n = 935)	√	r-CN	62,0 >	57,7 >	65,2 >	60,6 >	61,8 >	52,5 -	71,0 >	54,3 >
Femme (n = 1 254)	√	r-CN	29,4 <	36,0 <	27,4 <	27,8 <	26,0 <	42,0 (+)	37,5 <	28,4 <
<b>Âge</b>			p = 0,013	p = 0,718	p = 0,217	p = 0,152	p = 0,014	p = 0,030	p = 0,332	p = 0,481
18 à 29 ans (n = 255)	√	r-CN	38,5	XX	* 37,6	XX	* 35,0	* 34,6	XX	* 35,2
30 à 44 ans (n = 511)	√	r-CN	44,7	43,9	55,1 +	* 35,2	35,1 - <	40,1	50,2	46,7
45 à 64 ans (n = 933)	√	r-CN	50,2	46,5	48,4	44,6	54,5 >	50,3	67,6 (+)	46,4
65 ans et plus (n = 475)	√	r-CN	51,0	54,1	48,6	58,3	46,0	61,4	58,8	XX
<b>Revenu du ménage</b>			p = 0,119	p = 0,608	p = 0,536	p = 0,985	p = 0,183	p = 0,692	p = 0,258	p = 0,350
Moins de 20 000 \$ (n = 260)	√	r-CN	42,6	45,6	* 41,7	* 43,4	* 34,9	55,9	XX	XX
20 000 \$ à 39 999 \$ (n = 453)	√	r-CN	45,5	45,1	45,0	48,2	43,6	49,6	* 55,5	XX
40 000 \$ à 59 999 \$ (n = 369)	√	r-CN	54,8	54,6	58,0	* 45,1	54,0	49,4	64,8	XX
60 000 \$ à 79 999 \$ (n = 276)	√	r-CN	45,6	* 45,3	50,4	* 49,5	* 35,6	* 45,0	XX	XX
80 000 \$ et plus (n = 656)	√	r-CN	46,7	* 38,2	48,0	44,9	48,9	42,6	XX	46,7
<b>Scolarité</b>			p = 0,000	p = 0,756	p = 0,005	p = 0,722	p = 0,106	p = 0,004	p = 0,001	p = 0,214
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire (n = 581)	√	r-CN	52,0 >	48,5	55,3	46,7	49,8	61,1 >	67,2 +	XX
Diplôme d'études secondaires (n = 675)	√	r-CN	50,6	49,7	53,6	51,7	44,1	48,4	71,3 (+) >	44,3
Diplôme d'études collégiales (n = 567)	√	r-CN	45,8	48,0	47,7	42,7	47,6	37,9	XX	37,9
Diplôme universitaire (n = 327)	√	r-CN	31,7 <	* 38,8	* 27,1 <	* 42,7	* 30,3	* 33,7 <	XX	* 51,5 +
<b>Occupation principale<sup>4</sup></b>			p = 0,332	p = 0,947	p = 0,480	p = 0,109	p = 0,450	p = 0,456	p = 0,662	p = 0,426
Travailleur(euse) (n = 1 331)	√	r-CN	47,3	46,0	51,5	45,2	42,5	45,2	59,0	43,6
Étudiant(e) (n = 72)	√	r-CN	* 40,0	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Personne sans emploi (n = 137)	√	r-CN	38,3	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Retraité(e) (n = 597)	√	r-CN	49,7	49,8	44,3	58,5	51,6	55,2	* 54,6	XX
Autre (n = 50)	√	r-CN	* 44,1	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX

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

- Indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 25,0$ . La prévalence n'est pas ajustée pour l'âge.
  - Les populations vivant dans les réserves autochtones ne sont pas incluses dans l'Enquête Santé Côte-Nord.
  - Population qui considère son poids comme normal ou se voit comme étant trop maigre.
  - 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.
- (+) (-) Pour une catégorie donnée, ces symboles indiquent une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur 7 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-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).
- \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- 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.
- NOTE : En raison des arrondis, il se peut que la proportion de personnes en surplus de poids diffère légèrement de la somme des personnes en embonpoint ou obèses.

**Tableau A4 Non-réponse partielle aux principales variables sur le poids corporel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010, (%)**

Variable	Description de la variable	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganité	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
IMC4CAT	Répartition du poids corporel (4 catégories)	1,6	2,7	1,0	2,1	1,3	2,2	3,1	0,6
GEN09	Perception de son poids corporel (3 catégories)	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,3
GEN10	Action au regard de son poids dans les six mois précédant l'enquête	0,4	0,5	0,1	0,4	0,6	0,8	1,4	0,3
PDS_EVAL	Concordance entre le poids perçu et le poids réel	1,8	3,0	1,1	2,4	1,6	2,6	3,5	0,9

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

**Tableau A5 Calcul des marges d'erreur pour l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (population 18 ans et plus), simulation basée sur 3 600 répondants, échantillon stratifié non proportionnel (excluant la population vivant sur une réserve amérindienne)**

**Remarques :**

- Permet de faire des inférences pour sept des huit réseaux locaux de services et l'ensemble de la région (excluant la population vivant sur une réserve autochtone).
- Stratification par réseau local de services (excluant CLSC Naskapi).
- L'échantillonnage est basé sur l'estimation d'une proportion : pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels dans chaque territoire de RLS selon l'ESCN 2005. Estimations non présentées dans ce tableau.
- Niveau de confiance de 95 %.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
Strate	$N_i$ Taille population	$P_i q_i$	$\sqrt{P_i q_i}$	$N_i(p_i q_i)$	$N_i \sqrt{P_i q_i}$	$w_i$ Fraction de l'échantillon	$N_i^2$	$N_i^2(p_i q_i)$	$\frac{N_i^2(p_i q_i)}{w_i}$	$N_i$ Taille échantillon	$\frac{(N_i - n_i)}{N_i}$	$\frac{P_i q_i}{n_i - 1}$	$\left(\frac{(N_i - n_i)}{N_i}\right) \left(\frac{P_i q_i}{n_i - 1}\right)$	$N_i^2 \times (Var)$	$\frac{1}{N^2}$	(P) * (O)	$((rac(Var))^*1,96$ marge d'erreur attendue
													Variance				
Haute-Côte-Nord	9 638	0,2084	0,4565	2 008,4050	4 399,660	13,61%	92 891 044	19 357 007	142 266 441,68	520	0,9460	0,000402	0,000380	35 284,4638			3,82%
Manicouagan	24 335	0,1994	0,4465	4 851,7906	10 865,925	33,60%	592 192 225	118 068 325	351 358 175,22	600	0,9753	0,000333	0,000325	192 249,1661			3,53%
Port-Cartier	6 275	0,2244	0,4737	1 408,1100	2 972,523	9,19%	39 375 625	8 835 890	96 118 839,48	500	0,9203	0,000450	0,000414	16 296,2630			3,99%
Sept-Îles	19 847	0,2290	0,4785	4 544,4668	9 497,054	29,37%	393 903 409	90 194 033	307 094 660,73	590	0,9703	0,000389	0,000377	148 578,6038			3,81%
Caniapiscau	2 191	0,2104	0,4587	460,9842	1 004,996	3,11%	4 800 481	1 010 016	32 497 322,13	450	0,7946	0,000469	0,000372	1 787,4688			3,78%
Minganie	4 235	0,2375	0,4873	1 005,6262	2 063,693	6,38%	17 935 225	4 258 827	66 731 110,27	480	0,8867	0,000496	0,000440	7 883,3533			4,11%
Basse-Côte-Nord	3 276	0,2187	0,4676	716,3662	1 531,932	4,74%	10 732 176	2 346 816	49 536 218,55	460	0,8596	0,000476	0,000410	4 394,9612			3,97%

<b>Total de la région</b>	<b>69 797</b>			14 995,7490	32 335,782	100,00%	4 871 621 209		1 045 602 768,05	<b>3 600</b>				406 474,2801	2,053E-10	0,000083	$((rac(Q))^*1,96$ marge d'erreur attendue <b>1,79%</b>
---------------------------	---------------	--	--	-------------	------------	---------	---------------	--	------------------	--------------	--	--	--	--------------	-----------	----------	--

Sachant que  $D = \frac{0,05^2}{1,96^2} = 0,000651$  et que

$N^2 D = 3 171 425,407$

$\sum_{i=1}^L N_i(p_i q_i) = 14 995,749$

$N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i(p_i q_i) = 3 186 421,156$

$n = 328$  → Taille minimale requise pour avoir une marge d'erreur de 5% dans l'ensemble de la région nord-côtière

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2(p_i q_i)}{N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i(p_i q_i)}$$

$$1,96 \sqrt{\frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^L N_i^2 \left(\frac{N_i - n_i}{N_i}\right) \left(\frac{P_i q_i}{n_i - 1}\right)}$$

Formule pour calculer la marge d'erreur dans l'ensemble des strates (excluant effet de plan)

Source : Projections de la population selon le territoire de réseau local de services, le sexe et l'année d'âge au 1<sup>er</sup> juillet 2010, Institut de la statistique du Québec (ISQ), Décembre 2009; MSSS, Service de développement de l'information (SDI) - Janvier 2010.

Préparé par Yves Therriault, Ph.D., agent de recherche, Service de surveillance et évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord  
Le 17 janvier 2011



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

[www.ciasss-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.ciasss-cotenord.gouv.qc.ca)