

Chapitre 6

Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Lise Dubois
Edith Beauchesne-R.
Manon Girard

Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Brigitte Bédard
Département des sciences des aliments et de nutrition
Université Laval

Lise Bertrand
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de
Montréal-Centre

Anne-Marie Hamelin
Ecole de nutrition et d'études familiales
Université de Moncton

Introduction

Une saine alimentation est importante pour le maintien de la santé et du bien-être tout au long de la vie. L'alimentation est en effet étroitement reliée à la morbidité et à l'espérance de vie des populations (Gage et O'Connor, 1994). En Occident, le manque de nourriture côtoie l'abondance alimentaire caractéristique des sociétés industrialisées (Baghurst et autres, 1992). Les recherches qui portent sur les facteurs influençant la qualité de l'alimentation sont aussi importantes que celles traitant de l'apport alimentaire (Interagency Board for Nutrition Monitoring and Related Research, 1995). Elles aident à comprendre ce qui guide les choix individuels, favorisant ainsi la planification de programmes d'éducation et de promotion de la santé adaptés à la réalité quotidienne.

La présente enquête a permis d'aborder trois thèmes importants se rapportant à l'alimentation des Québécois. Le premier thème est celui de la perception de la qualité des habitudes alimentaires. Le second est relié à certaines pratiques alimentaires, soit la consommation de repas préparés hors du foyer et la solitude au moment des repas. Le dernier se rapporte à l'insécurité

alimentaire des ménages. Ces données sur certains déterminants de l'état nutritionnel offrent des possibilités d'analyses intéressantes relativement à l'état de santé et de bien-être de la population québécoise.

La perception de la qualité des habitudes alimentaires a été utilisée dans différentes enquêtes au cours des dernières années (National Institute of Nutrition [NIN], 1997) et elle permet de bien évaluer la qualité de l'alimentation au sein d'une population (Dubois et autres, 2000). Pour sa part, la consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer est une tendance de plus en plus marquée (Conseil canadien de la distribution alimentaire [CCDA], 1999) qui mérite une attention particulière dans le cadre de l'étude des habitudes alimentaires. En effet, le contrôle qu'ont les gens sur la qualité de leur alimentation s'en trouve diminué, notamment quant au choix des ingrédients utilisés dans la préparation des mets, aux méthodes de cuisson et, dans une certaine mesure, à la taille des portions. L'augmentation du revenu du ménage diminue la part du budget alloué à l'achat d'aliments mais, simultanément, un pourcentage accru du dollar alimentaire va à l'achat de repas préparés et de services achetés hors du foyer (CCDA, 1999). L'âge, l'ethnicité

et le statut d'emploi, principalement celui de la femme, influencent les achats d'aliments préparés hors de la maison (Kinsey, 1994). Cela est à retenir puisque diverses enquêtes effectuées auprès de différents groupes de population indiquent un impact négatif de la consommation de repas à l'extérieur sur certains éléments reliés à la qualité de l'alimentation (Clemens et autres, 1999; Le François et autres, 1996). Au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord, un nombre sans cesse croissant de mères avec de jeunes enfants sont aujourd'hui sur le marché du travail. Les enfants dont les mères travaillent à l'extérieur de la maison sont susceptibles de manger plus souvent à l'extérieur de la maison que ceux dont la mère est au foyer. La solitude est aussi une variable importante à considérer relativement aux habitudes alimentaires (Sanders-Phillips, 1994). En effet, des études indiquent que les personnes vivant seules, qui sont de plus en plus nombreuses, auraient une alimentation moins adéquate du point de vue nutritionnel que les personnes vivant avec d'autres (Gerrior et autres, 1995; Donkin et autres, 1998).

Les questions proposées pour le premier et le second thèmes avaient pour objectif de documenter les tendances dans la perception de la qualité des habitudes alimentaires et dans certaines pratiques qui peuvent y être associées. La qualité perçue de l'alimentation, la fréquence de consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer et la solitude au moment des repas ont été évaluées en fonction de variables démographiques et socio-économiques. De façon générale, ces questions permettent de mesurer l'influence de certaines transformations sociales sur la qualité de l'alimentation (auto-évaluée) et de caractériser cette relation pour différents sous-groupes de la population.

L'insécurité alimentaire des ménages est aussi une problématique préoccupante par rapport à l'alimentation. La *Politique de la santé et du bien-être du Québec* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992) reconnaît que le régime alimentaire est parfois étroitement lié aux moyens financiers et que le revenu de certaines familles ne leur permet pas toujours de manger suffisamment chaque jour.

S'inscrivant dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être (MSSS, 1997), ce thème permet pour la première fois d'évaluer certaines manifestations de l'insécurité alimentaire des ménages au Québec. La sécurité alimentaire des ménages est généralement vue comme l'« accès pour chaque individu, en tout temps, à suffisamment de nourriture pour mener une vie active et en santé. Cela comprend au minimum la disponibilité d'aliments nutritionnellement adéquats et salubres et l'assurance de pouvoir acquérir ces aliments de façon socialement acceptable – c'est-à-dire sans avoir à recourir à des banques alimentaires, à mendier, à voler ou autres stratégies semblables » (Anderson, 1990, p.1560, traduction libre). Au Québec, il s'agit généralement d'un problème d'accessibilité par manque de ressources s'inscrivant dans un processus d'appauvrissement (Rouffignat et autres, 1996; Jacobs Starkey et autres, 1998; Hamelin, 1999).

6.1 Aspects méthodologiques

6.1.1 Indicateurs

Les questions qui font l'objet du présent chapitre proviennent de la section III du questionnaire auto-administré (QAA) portant sur les habitudes alimentaires et de la section XIII du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) couvrant les aspects relatifs à l'insécurité alimentaire.

La question « Comparativement à d'autres personnes, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont en général excellentes, très bonnes, bonnes, moyennes ou mauvaises? » (QAA8) a servi à l'élaboration de l'indice de l'auto-évaluation de la qualité des habitudes alimentaires. Introduit dans l'*Enquête Promotion de la santé* (Canada, 1986) (Rootman et autres, 1988), l'indice faisait partie de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Il a aussi été utilisé dans les enquêtes de l'Institut national de la nutrition effectuées en 1989, 1994 et 1997 (NIN, 1997), offrant ainsi une comparabilité canadienne pour cette question. Compte tenu des faibles fréquences aux deux extrémités de l'indice, les réponses des catégories « excellentes » et « très bonnes » ont été

regroupées, ainsi que celles des catégories « moyennes » et « mauvaises », laissant ainsi trois catégories pour les analyses.

Afin d'évaluer la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête, trois questions, l'une portant sur les repas achetés congelés (QAA9a), la deuxième sur les repas livrés à la maison ou à emporter chez soi, comme des mets chinois, de la pizza ou du poulet barbecue (QAA9b) et la dernière sur les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte, excluant les repas apportés de la maison (QAA9c), ont été posées dans le questionnaire autoadministré. Ces questions faisaient aussi l'objet d'analyses lors de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). La période de référence de 7 jours a toutefois été préférée à celle de 2 jours utilisée en 1990, afin de répartir la consommation des repas préparés à l'extérieur sur l'ensemble de la semaine. Cela permet d'éviter les biais liés aux achats de fin de semaine, traditionnellement associés à une période de repos, par rapport à ceux effectués pendant la semaine, incluant les repas consommés sur les lieux de travail ou à l'école. Un indice regroupant les résultats de ces trois questions a permis de caractériser les divers groupes de la population en fonction de la fréquence de consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer en quatre catégories : jamais (0 fois), occasionnellement (de 1 à 3 fois), souvent (de 4 à 6 fois) et régulièrement (7 fois ou plus).

Deux questions du questionnaire autoadministré traitent de la solitude au moment des repas, soit « Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec votre conjoint/e ou d'autres personnes de 15 ans et plus? » (QAA10) et « Lorsque vous prenez vos repas à domicile, mangez-vous habituellement avec des enfants de moins de 15 ans? » (QAA11). Comme les questions précédentes, celle portant sur la consommation des repas seul ou avec d'autres faisait partie de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Un indice, basé sur ces deux questions, a permis de classer les indivi-

duels selon qu'ils prennent habituellement leurs repas à domicile seuls (réponse « non » aux deux questions) ou avec d'autres personnes (réponse « oui » à l'une ou l'autre des deux questions).

Finalement, trois questions, posées au répondant-clé du ménage par l'intervieweur, visaient à évaluer certains éléments reliés à l'insécurité alimentaire, soit la monotonie du régime (QRI153 : « Nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en racheter »), la restriction de l'apport alimentaire (QRI154 : « Nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture »), ainsi que l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants du ménage par manque de ressources financières (QRI155 : « Nous ne pouvons pas offrir des repas équilibrés aux enfants de notre foyer parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement »), cette dernière question étant posée uniquement aux personnes des ménages ayant des enfants de moins de 18 ans. Ces questions s'inspirent du Questionnaire Radimer/Cornell validé aux États-Unis (Radimer et autres, 1992; Kendall et autres, 1995) et dont l'utilité pour estimer la prévalence de l'insécurité alimentaire au Québec a été évaluée dans une étude exploratoire auprès d'un échantillon non aléatoire (Hamelin, 1999). Un indice regroupant les réponses affirmatives (souvent vrai et parfois vrai) à l'une ou l'autre des trois questions a été aussi utilisé. Toute personne répondant positivement à l'une ou l'autre des trois questions était considérée en situation d'insécurité alimentaire. L'indice développé ne permet pas d'établir la prévalence de l'insécurité alimentaire au Québec, essentiellement parce que la valeur de prédiction des éléments qui le composent n'est pas connue dans la population québécoise. L'indice offre cependant une première indication de certains éléments reliés au phénomène de l'insécurité alimentaire au Québec.

Une dernière question (QRI156), posée au répondant clé du ménage par l'intervieweur, a été utilisée pour évaluer le nombre de jours au cours du dernier mois pendant lesquels les membres du foyer ont manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture. Cette question a été tirée des « Food Sufficiency Questions » du « NHANES III Family Questionnaire » (Briefel et Woteki, 1992). Elle a été posée uniquement aux personnes qui avaient répondu positivement à au moins une des trois questions précédentes de l'indice d'insécurité alimentaire.

6.1.2 Comparabilité avec l'Enquête québécoise sur la nutrition 1990

Le volet « alimentation », absent de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* de Santé Québec, a été étudié de façon détaillée dans l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995). Les questions portant sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires et sur la consommation des repas seul ou avec d'autres permettent d'effectuer des comparaisons avec cette enquête. Les comparaisons portent toutefois uniquement sur les répondants de 18 à 74 ans, tel qu'on l'a recueilli en 1990. Pour sa part, la consommation des repas préparés à l'extérieur du foyer ne permet pas de comparaison directe puisqu'en 1990, la période d'étude était de 2 jours, alors qu'une période de 7 jours a été retenue pour la présente enquête.

6.1.3 Portée et limites des données

La question portant sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires a été retenue puisqu'il n'était pas possible, pour cette enquête, de recueillir des données de consommation alimentaire (rappel de 24 heures, questionnaire de fréquence) comme c'était le cas en 1990, compte tenu du coût et de la complexité de ce type d'évaluation.

D'autre part, le questionnaire original sur l'insécurité alimentaire, le Radimer/Cornell, comprend 13 affirmations formulées dans les mots de personnes ayant déjà souffert de la faim et auxquelles le répondant du ménage est appelé à répondre « souvent vrai », « parfois vrai » ou « jamais vrai ». Ce questionnaire

était trop long pour être administré dans sa totalité dans le cadre de la présente enquête. Trois affirmations parmi les 13 ont été retenues, en fonction des résultats préliminaires d'une étude sur l'insécurité alimentaire des ménages dans la région de Québec (Hamelin, 1999). Les affirmations choisies pour l'enquête correspondent aux éléments qui semblaient alors les plus sensibles¹ dans l'échantillon pour trois des dimensions mesurées par le Questionnaire Radimer/Cornell.

Les résultats pour chacun des thèmes sur l'alimentation sont d'abord présentés pour l'ensemble de la population afin de fournir un portrait d'ensemble de la perception de la qualité des habitudes alimentaires, de la consommation de repas préparés à l'extérieur, de la solitude au moment des repas et de l'insécurité alimentaire. Ces résultats sont ensuite décrits selon l'âge et le sexe en raison des différences déjà observées, notamment entre les hommes et les femmes lors d'enquêtes précédentes (Santé et Bien-être Social Canada, 1990). De plus, un intérêt marqué a été porté aux conditions socio-économiques lors de l'analyse, lesquelles ont une grande influence sur les habitudes alimentaires de l'ensemble de la population (Sanders-Philips, 1994; Laitinen et autres, 1995). La qualité de l'alimentation, telle qu'elle est perçue, a été mise en relation avec les autres thèmes à l'étude, soit la consommation de repas préparés à l'extérieur, la solitude au moment des repas et diverses manifestations d'insécurité alimentaire. Enfin, lorsque cela s'est avéré pertinent, certains des thèmes se rapportant à l'alimentation ont été évalués selon la perception de l'état de santé.

Soulignons que le taux de non-réponse partielle à l'ensemble des questions abordées dans le présent chapitre est inférieur à 5 %.

1. L'expression « plus sensible » fait référence au fait que la proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire qui ont répondu positivement à la question était plus grande pour cet élément que pour les éléments-frères qui mesuraient la même dimension.

6.2 Résultats

6.2.1 Perception de la qualité des habitudes alimentaires

L'évaluation des habitudes alimentaires par les personnes elles-mêmes permet d'estimer à 85 % la proportion de la population de 15 ans et plus qui qualifie ses habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes (39 %) ou de bonnes (45 %), alors que 15 % de la population les qualifie de moyennes ou de mauvaises (tableau 6.1).

Tableau 6.1
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
Hommes			
15-24 ans	34,2	44,8	21,0
25-44 ans	33,2	47,1	19,7
45-64 ans	41,1	45,1	13,9
65 ans et plus	47,5	42,0	10,5
Total	37,4	45,5	17,1
Femmes			
15-24 ans	35,4	46,5	18,0
25-44 ans	39,1	46,3	14,6
45-64 ans	44,9	43,0	12,0
65 ans et plus	45,9	44,5	9,6
Total	41,3	45,1	13,6
Sexes réunis			
15-24 ans	34,8	45,7	19,5
25-44 ans	36,1	46,7	17,2
45-64 ans	43,0	44,0	13,0
65 ans et plus	46,6	43,4	10,0
Total	39,4	45,3	15,3
Pe '000	2 295	2 637	892

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Variations selon le sexe et l'âge

La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie en fonction du sexe et de l'âge (tableau 6.1). Ainsi, il y a davantage de femmes (41 %) que d'hommes (37 %) qui qualifient d'excellentes ou de très bonnes leurs habitudes alimentaires, alors que proportionnelle-

ment plus d'hommes (17 %) que de femmes (14 %) les perçoivent comme étant moyennes ou mauvaises. Cette perception varie également en fonction de l'âge. En effet, plus les gens avancent en âge, plus la perception de la qualité de leurs habitudes alimentaires s'améliore. Ainsi, environ 90 % des personnes de 65 ans et plus qualifient leurs habitudes alimentaires d'excellentes ou de très bonnes (47 %) ou de bonnes (43 %), tant parmi la population masculine que féminine, alors que cette proportion est d'environ 80 % parmi la population de 15 à 24 ans.

Évolution

Tant chez les hommes que chez les femmes, les résultats obtenus en 1998 montrent une amélioration de la perception de la qualité des habitudes alimentaires depuis 1990 pour la population âgée de 18 à 74 ans (tableau 6.2). En effet, on observe une diminution de la proportion de personnes qui rapportent des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises (28 % c. 16 %), et une hausse de la proportion de personnes indiquant des habitudes alimentaires excellentes ou très bonnes (24 % c. 39 %).

Tableau 6.2
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le sexe et l'âge, population de 18 à 74 ans, Québec, 1990 et 1998

	Excellente ou très bonne		Bonne		Moyenne ou mauvaise	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998
	%					
Hommes	21,5	36,6	48,0	45,9	30,4	17,5
Femmes	27,2	40,9	46,9	45,2	25,9	13,9
Sexes réunis						
18-24 ans	16,7	32,6	48,7	45,9	34,6	21,5
25-44 ans	22,2	36,1	48,0	46,7	29,9	17,2
45-64 ans	29,0	43,0	46,2	44,0	24,8	13,0
65-74 ans	34,1	44,4	46,6	44,9	19,3	10,8
Total	24,4	38,8	47,5	45,5	28,2	15,7

Sources : Santé Québec, *Enquête québécoise sur la nutrition 1990*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Cette amélioration dans la perception de la qualité des habitudes alimentaires des Québécois depuis 1990

s'observe dans tous les groupes d'âge, le gain dans la catégorie des habitudes alimentaires excellentes et très bonnes se faisant dans chacun des cas au détriment des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie aussi en fonction des caractéristiques matrimoniales et familiales (tableau C.6.1). Ainsi, les personnes mariées ou vivant en union de fait sont proportionnellement moins nombreuses à qualifier de moyennes ou de mauvaises leurs habitudes alimentaires (12 % et 16 %) alors que les personnes célibataires qualifient ainsi leurs habitudes alimentaires dans une proportion de 20 %. La perception de la qualité des habitudes alimentaires selon le type de famille met également en évidence que les personnes vivant en couple sans enfants ou en famille biparentale sont proportionnellement moins nombreuses à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (13 % et 14 %) que les personnes vivant seules ou dans une famille monoparentale, lesquelles qualifient ainsi leur alimentation dans des proportions respectives de 21 % et 19 %. Il est à noter que les familles recomposées ne se distinguent pas de toutes les autres catégories.

L'évaluation de la qualité des habitudes alimentaires varie également selon la scolarité relative et les caractéristiques économiques telles que le niveau de revenu, la perception de la situation financière, le statut d'activité habituelle et la catégorie professionnelle (tableau C.6.1). Ainsi, la proportion de personnes ayant une perception moyenne ou mauvaise de leurs habitudes alimentaires diminue entre le plus bas et le plus haut niveau de scolarité (18 % c. 12 %), et entre la catégorie la plus basse et la plus élevée du niveau de revenu (24 % c. 13 %). Parmi les personnes qui se perçoivent comme très pauvres, environ le tiers de celles-ci qualifient leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises comparativement à 12 % et 13 % parmi celles qui se perçoivent à l'aise ou dont le revenu est jugé suffisant. Par ailleurs, les personnes retraitées et les personnes à la maison (autres que

sans emploi) sont proportionnellement moins nombreuses que les personnes qui travaillent à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (11 % et 12 %), alors que les étudiants et les personnes sans emploi sont proportionnellement les plus nombreux à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires (19 % et 25 %). Parmi les personnes qui occupent un emploi, il y a davantage d'ouvriers non qualifiés et de manœuvres (21 %) que de professionnels et de cadres supérieurs (11 %) qui qualifient de moyennes ou de mauvaises leurs habitudes alimentaires.

Variations selon certains aspects de la santé

La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie également en fonction de la perception de l'état de santé et de l'indice de masse corporelle (tableaux 6.3 et 6.4). Ainsi, environ le tiers (33 %) des personnes ayant une perception moyenne ou mauvaise de leur état de santé qualifient de moyennes ou de mauvaises leurs habitudes alimentaires comparativement à 9 % des personnes dont la perception de l'état de santé est excellente ou très bonne.

En regard de l'indice de masse corporelle, les personnes ayant un surplus de poids sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant un poids insuffisant ou un poids santé à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (20 % c. 13 % et 14 %) (tableau 6.4).

Tableau 6.3
Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
Perception de l'état de santé			
Excellent ou très bon	53,0	38,1	9,0
Bon	24,3	56,1	19,6
Moyen ou mauvais	19,8	47,3	32,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 6.4

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
Poids insuffisant	46,9	39,7	13,4
Poids santé	41,3	45,1	13,6
Surplus de poids	31,7	48,1	20,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

6.2.2 Évaluation de certaines pratiques alimentaires

Consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer

La consommation de repas préparés à l'extérieur du foyer porte plus particulièrement sur la consommation de repas achetés congelés, de repas livrés à la

maison ou à emporter, ainsi que de repas consommés au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte (excluant les repas apportés de la maison), et ce, au cours d'une période de 7 jours. En moyenne, 2,1 repas préparés à l'extérieur du foyer ont été consommés au cours d'une telle période (données non présentées).

Environ 28 % de la population de 15 ans et plus n'a pris aucun repas préparé à l'extérieur au cours d'une semaine (tableau 6.5). Près de 50 % a consommé un repas préparé à l'extérieur de façon occasionnelle (de 1 à 3 fois au cours d'une période d'une semaine), 16 %, souvent (de 4 à 6 fois) et 6 %, de façon régulière (7 fois ou plus - jusqu'à 28 fois). Ainsi, au total, environ 72 % de la population de 15 ans et plus a consommé au cours d'une semaine au moins un repas préparé à l'extérieur.

Tableau 6.5

Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais	À l'occasion (1 à 3 fois)	Souvent (4 à 6 fois)	Régulièrement (7 fois ou plus)
	%			
Hommes				
15-24 ans	14,5	47,7	26,2	11,6
25-44 ans	19,0	49,0	21,3	10,6
45-64 ans	32,3	44,9	16,0	6,9
65 ans et plus	51,9	38,6	7,4	2,2**
Total	25,9	46,4	19,0	8,7
Femmes				
15-24 ans	15,3	57,8	19,5	7,3
25-44 ans	23,3	56,6	16,0	4,1
45-64 ans	37,0	51,7	9,7	1,6*
65 ans et plus	52,8	41,5	4,1*	1,6**
Total	30,5	53,1	12,9	3,5
Sexes réunis				
15-24 ans	14,9	52,7	22,9	9,5
25-44 ans	21,1	52,8	18,7	7,4
45-64 ans	34,7	48,4	12,8	4,2
65 ans et plus	52,4	40,3	5,5	1,8
Total	28,3	49,8	15,9	6,1
Pe '000	1 657	2 895	922	351

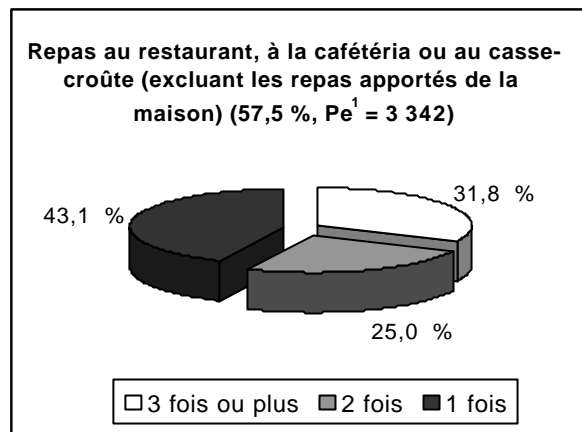
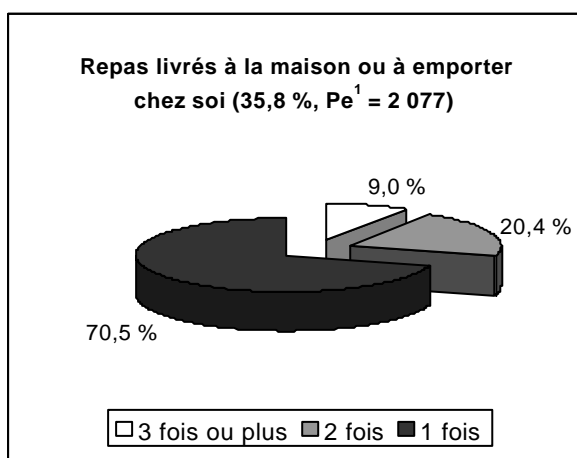
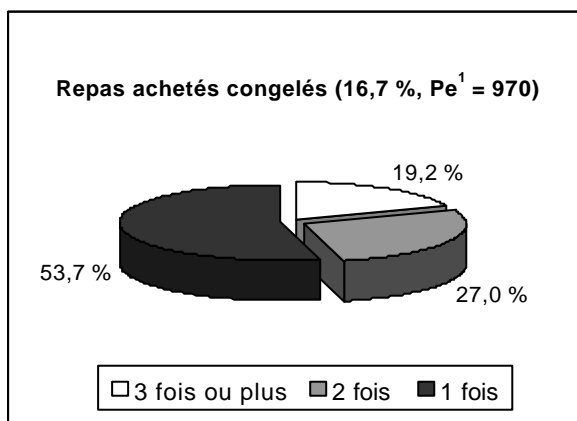
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte figurent au premier rang parmi les types de repas consommés à l'extérieur (figure 6.1). Ainsi, 58 % de la population a consommé au cours d'une période d'une semaine au moins un repas pris sur place au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte et 36 % ont consommé au moins un repas qui a été livré ou emporté au domicile. Les repas achetés congelés sont consommés par 17 % des personnes de 15 ans et plus. Enfin, parmi les personnes qui consomment des repas à l'extérieur, la fréquence de consommation au cours d'une période de 7 jours (3 fois ou plus) est plus élevée pour les repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte que pour les repas achetés congelés ou les repas livrés ou à emporter (32 % c. 19 % et 9 %).

Figure 6.1
Fréquence et type de repas consommés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



1. Population estimée en milliers.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

- Variations selon le sexe et l'âge

Lorsque les catégories « à l'occasion (1 à 3 fois) », « souvent (4 à 6 fois) » et « régulièrement (7 fois ou plus) » sont combinées, on constate que les hommes mangent des repas préparés à l'extérieur dans une plus grande proportion et le font plus fréquemment que les femmes (74 % c. 69 %) (tableau 6.5). Cependant, de façon générale, tant chez les hommes que chez les femmes, la consommation de repas préparés à l'extérieur diminue avec l'âge, peu importe la fréquence de consommation. En effet, la proportion de personnes qui ont consommé un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours est de 85 % chez les 15-24 ans, 79 % chez les 25-44 ans, 65 % chez les 45-64 ans et 48 % chez les 65 ans et plus.

- Variations selon certaines caractéristiques socio-économiques

En combinant les catégories « souvent (4 à 6 fois) » et « régulièrement (7 fois ou plus) », on observe que les personnes en union de fait et les personnes célibataires sont proportionnellement plus nombreuses que celles des autres catégories d'état matrimonial à consommer des repas préparés à l'extérieur et qu'elles le font plus fréquemment (4 fois ou plus au cours d'une période de 7 jours) (26 % et 31 %) (tableau C.6.2). Cependant, malgré une association entre la consommation de repas préparés à l'extérieur et le type de famille, aucune tendance claire ne se dégage quand on

compare les différentes catégories de famille entre elles. Concernant le statut d'activité habituelle et la catégorie professionnelle, une association est observée entre ces variables et la consommation de repas préparés à l'extérieur. Ainsi, les étudiants et les personnes qui occupent un emploi sont proportionnellement plus nombreux que toutes les autres catégories de statut d'emploi à consommer des repas préparés à l'extérieur et elles le font plus fréquemment (4 fois ou plus au cours d'une période de 7 jours) (31 % et 28 %). Parmi les personnes qui occupent un emploi, celles se situant dans les catégories professionnelles les plus élevées (professionnels et cadres supérieurs et cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens) consomment des repas préparés à l'extérieur plus souvent que les personnes appartenant aux autres catégories d'emploi (35 % c. 24 % à 27 %). Cette relation pourrait être associée au revenu et au niveau d'éducation, puisque la consommation de repas préparés à l'extérieur augmente avec le niveau de revenu, la perception de sa situation financière et la scolarité relative.

- Variations selon certains aspects reliés à la santé

La consommation et la fréquence de consommation de repas préparés à l'extérieur sont associées à la perception de la qualité des habitudes alimentaires, de même qu'à la perception de l'état de santé. Ainsi, les personnes qui consomment souvent et régulièrement des repas préparés à l'extérieur sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir plutôt négativement leurs habitudes alimentaires (moyennes et mauvaises) (23 % et 34 %) que celles qui n'en consomment jamais ou seulement à l'occasion (12 % et 13 %) (tableau 6.6). À l'inverse, les personnes qui n'ont pas consommé de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir négativement leur état de santé (catégories moyen et mauvais) que celles qui ont consommé de tels repas, quelle qu'en soit la fréquence (16 % c. 9 %).

Tableau 6.6

Perception de la qualité des habitudes alimentaires et perception de l'état de santé selon la consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Perception de la qualité des habitudes alimentaires			Perception de l'état de santé		
	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Jamais	46,2	42,2	11,6	47,6	36,6	15,7
À l'occasion (1 à 3 fois)	40,4	46,9	12,7	56,9	34,2	8,9
Souvent (4 à 6 fois)	30,3	47,0	22,7	59,5	32,0	8,5
Régulièrement (7 fois ou plus)	25,1	40,7	34,2	56,8	34,2	9,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Solitude au moment des repas

Environ 17 % des gens mangent habituellement seuls (tableau 6.7). Les personnes de 65 ans et plus mangent seules dans une proportion plus élevée que les gens plus jeunes (30 % c. 14 % à 17 %) mais cette différence en fonction de l'âge ne s'observe que parmi la population féminine. Soulignons que près de 40 % des femmes de 65 ans et plus prennent leurs repas habituellement seules comparativement à environ 18 % des hommes du même groupe d'âge.

Tableau 6.7
Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Personnes qui mangent habituellement seules	
	Oui	Non
	%	
Hommes		
15-24 ans	18,8	81,2
25-44 ans	17,1	82,9
45-64 ans	15,3	84,7
65 ans et plus	18,0	82,0
Total	17,0	83,1
Femmes		
15-24 ans	11,0	89,0
25-44 ans	10,4	89,6
45-64 ans	18,1	81,9
65 ans et plus	39,1	60,9
Total	17,2	82,8
Sexes réunis		
15-24 ans	15,0	85,1
25-44 ans	13,8	86,2
45-64 ans	16,7	83,3
65 ans et plus	30,1	70,0
Total	17,1	82,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé* 1998.

- Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques

Les personnes veuves, séparées ou divorcées et les personnes célibataires mangent habituellement seules dans une proportion plus élevée (57 % et 32 %) que les personnes vivant avec un conjoint, qu'elles soient mariées ou non (2,6 % et 3,8 %) (tableau C.6.3). Dans le même ordre d'idées, 84 % des personnes qui vivent seules mangent seules. Les personnes vivant dans un

couple sans enfants et dans une famille biparentale ou recomposée seraient celles qui sont les moins susceptibles de prendre leurs repas seules (de 4,1 % à 5 %), alors que 14 % des personnes vivant dans une famille monoparentale mangent seules.

Le fait de manger seul est aussi associé au statut d'activité habituelle. En effet, plus du quart des gens à la retraite (26 %) et sans emploi (28 %) mangent seuls, comparativement à environ 15 % des personnes ayant un emploi ou étant aux études et 16 % des personnes qui tiennent maison. La situation financière s'avère aussi liée à la solitude au moment du repas. Près de la moitié des personnes très pauvres (45 %) et plus du quart des personnes pauvres (26 %) mangent seules, alors que la proportion diminue pour s'établir à 8 % parmi les personnes ayant un niveau de revenu supérieur. Une relation similaire est observée pour la perception de sa situation financière.

- Évolution

La comparaison des données de 1998 avec celles de 1990 permet de constater une tendance à la hausse de la solitude au moment du repas parmi la population de 18 à 74 ans (16 % c. 13 %) (tableau 6.8). Cette augmentation s'observe uniquement chez les hommes et chez les personnes de 18 à 24 ans. En effet, en 1990, 11 % des hommes prenaient leurs repas habituellement seuls alors qu'en 1998, cette proportion est de 17 %. Parmi la population de 18 à 24 ans, la proportion de personnes qui mangent habituellement seules est passée de 10 % à 17 % entre 1990 et 1998.

- Variations selon certains aspects reliés à la santé

Le fait de manger seul est associé à la perception de la qualité des habitudes alimentaires et de l'état de santé. Ainsi, 25 % des personnes qui mangent habituellement seules qualifient leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises comparativement à 14 % de celles qui mangent en compagnie d'autres individus (tableau 6.9). Une relation semblable est observée entre la perception de l'état de santé et la solitude au moment des repas, alors qu'il y a,

Tableau 6.8

Solitude au moment des repas selon le sexe et l'âge, population de 18 à 74 ans, Québec, 1990 et 1998

	1990	1998
	%	
Hommes	10,5	17,1
Femmes	15,5	15,7
Sexes réunis		
18-24 ans	9,7*	17,2
25-44 ans	11,6	13,8
45-64 ans	13,4	16,7
65-74 ans	24,2	25,5
Total	13,0	16,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, *Enquête québécoise sur la nutrition 1990*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

proportionnellement plus de personnes ayant une perception moyenne ou mauvaise de leur état de santé parmi celles qui mangent habituellement seules comparativement à celles qui mangent habituellement avec d'autres personnes (16 % c. 10 %).

6.2.3 Insécurité alimentaire des ménages

Globalement, environ 8 % de la population de 15 ans et plus vit au moins l'une ou l'autre des trois situations retenues d'insécurité alimentaire (tableau 6.10). Ainsi, environ 7 % des Québécois mangent la même chose plusieurs jours de suite parce qu'ils n'ont que quelques aliments sous la main et n'ont pas d'argent pour en racheter (monotonie du régime), environ 4,5 % des personnes mangent moins qu'elles le devraient parce

qu'elles n'ont pas assez d'argent pour la nourriture (restriction de l'apport alimentaire) et 4,1 % des personnes ne peuvent offrir des repas équilibrés à leurs enfants parce qu'elles ne peuvent se le permettre financièrement (incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants). Parmi les personnes en situation d'insécurité alimentaire, environ 2 % ont manqué d'aliments ou d'argent pour acheter de la nourriture durant 7 jours ou moins au cours d'une période d'un mois, et environ 0,7 % en ont manqué entre 8 et 15 jours (données non présentées).

Variations selon l'âge

Dans l'ensemble, l'insécurité alimentaire ne varie pas en fonction du sexe (tableau 6.10). Toutefois, parmi les trois aspects de cet indice, on observe que la monotonie du régime et la restriction de l'apport alimentaire varient en fonction de l'âge. De façon générale, la préoccupation de l'insécurité alimentaire s'atténue à partir de 45 ans.

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Dans l'ensemble, l'un ou l'autre des aspects étudiés touche davantage les personnes sans conjoint (13 % des personnes veuves, séparées ou divorcées et 12 % des célibataires), atteignant jusqu'à 22 % des personnes vivant dans une famille monoparentale (tableau C.6.4). La présence de l'une ou l'autre des trois manifestations d'insécurité alimentaire étudiées est plus souvent observée parmi les personnes sans emploi (27 %), et les personnes vivant dans des ménages très pauvres

Tableau 6.9

Perception de la qualité des habitudes alimentaires et perception de l'état de santé selon la solitude au moment des repas, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Perception de la qualité des habitudes alimentaires			Perception de l'état de santé		
	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Oui	34,6	40,9	24,5	49,4	34,6	16,0
Non	40,3	46,2	13,5	55,4	34,8	9,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 6.10
Insécurité alimentaire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Sexe		Groupes d'âge (ans)					Total	Pe
	Hommes	Femmes	0-14	15-24	25-44	45-64	65 et plus		
	%								'000
Réponse positive ou non à l'un ou l'autre des trois aspects de l'insécurité alimentaire									
Oui	8,3	8,3	10,0	10,7	9,0	7,0	3,0	8,3	593
Non	91,7	91,7	90,1	89,3	91,0	93,0	97,0	91,7	6 580
Monotonie du régime									
Souvent vrai	1,6	1,5	1,6*	1,8*	1,6	2,0	0,6**	1,6	112
Parfois vrai	5,8	5,8	7,4	7,8	6,5	4,4	2,1*	5,8	418
Jamais vrai	92,6	92,6	91,1	90,5	91,9	93,7	97,4	92,6	6 643
Restriction de l'apport alimentaire									
Souvent vrai	1,1	1,1	1,0*	1,3*	1,1	1,5	0,1*	1,1	78
Parfois vrai	3,6	3,3	4,5	3,9	3,8	2,8	1,4*	3,4	247
Jamais vrai	95,3	95,6	94,5	94,9	95,0	95,7	98,5	95,5	6 847
Incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants									
Souvent vrai	0,7*	1,0*	1,0*	0,9*	0,8*	0,8*	—	0,9	54
Parfois vrai	2,9	3,5	3,9	3,5*	2,6	2,6	3,0**	3,2	217
Jamais vrai	96,4	95,5	95,2	95,6	96,6	96,6	97,0	95,9	6 902

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

et pauvres (39 % et 20 %). De plus, l'une ou l'autre des manifestations de l'insécurité alimentaire touche environ 14 % des personnes les moins scolarisées par rapport à 4,8 % des personnes les plus scolarisées. Les personnes retraitées et les personnes occupant un emploi sont proportionnellement moins nombreuses que toutes les autres catégories de statut d'activité habituelle (4,4 % et 5 % c. 10 % à 27 %) à être touchées par l'insécurité alimentaire.

Variations selon certains aspects reliés à la santé

L'insécurité alimentaire est également associée à des caractéristiques qui sont liées à la santé (tableau 6.11). Ainsi, la perception de la qualité des habitudes alimentaires et de l'état de santé, ainsi qu'un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et un niveau faible à l'indice de soutien social, varient selon que les personnes sont touchées ou non par l'une ou l'autre des manifestations d'insécurité

alimentaire. En effet, les personnes souffrant d'insécurité alimentaire sont proportionnellement plus nombreuses à percevoir leurs habitudes alimentaires et leur état de santé comme étant moyens ou mauvais comparativement à celles dont ce n'est pas le cas (33 % et 19 % c. 14 % et 10 %). De même, il y a proportionnellement plus de personnes touchées par l'insécurité alimentaire qui se situent à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou qui ont un niveau faible à l'indice de soutien social comparativement à celles qui ne sont touchées par aucun des aspects étudiés (33 % et 39 % c. 19 % et 18 %).

Tableau 6.11

Perception de la qualité des habitudes alimentaires, perception de l'état de santé, indice de détresse psychologique et indice de soutien social selon l'insécurité alimentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
Perception de la qualité des habitudes alimentaires		
Excellente ou très bonne	23,8	40,7
Bonne	43,5	45,4
Moyenne ou mauvaise	32,7	13,9
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	43,2	55,2
Bon	37,6	34,4
Moyen ou mauvais	19,2	10,4
Niveau de l'indice de détresse psychologique		
Bas à moyen	67,0	81,0
Élevé	33,0	19,0
Niveau de l'indice de soutien social		
Faible	38,5	18,4
Élevé	61,5	81,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

6.2 Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Les résultats de l'enquête portant sur l'alimentation ont permis d'établir que la plus grande partie (85 %) de la population évalue positivement ses habitudes alimentaires, en les qualifiant soit d'excellentes, de très bonnes ou de bonnes. Environ 15 % de la population qualifie plutôt négativement ses habitudes alimentaires.

Toutefois, les différents groupes dans la population ne donnent pas la même évaluation de la qualité de leurs habitudes alimentaires. Celle-ci paraît être plus positive chez les femmes que chez les hommes, de même que chez les personnes les plus âgées par rapport aux personnes les plus jeunes. La perception de la qualité des habitudes alimentaires varie également en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques. Ainsi, la proportion de personnes qui

qualifient positivement leurs habitudes alimentaires augmente avec le niveau de scolarité, le niveau de revenu et la catégorie professionnelle. Par ailleurs, les personnes les plus susceptibles d'évaluer plutôt négativement leurs habitudes alimentaires sont les personnes célibataires, les personnes veuves, séparées ou divorcées, les personnes qui vivent seules ou qui sont monoparentales ainsi que les personnes qui sont aux études ou sans emploi. Ces résultats vont dans le sens des observations déjà rapportées à l'effet que les personnes seules et celles dont les conditions socio-économiques sont les moins favorables sont proportionnellement plus nombreuses que les autres personnes à évaluer négativement leurs habitudes alimentaires (Gerrior et autres, 1995; Donkin et autres, 1998; NIN, 1997). Enfin, la qualité de l'alimentation (auto-évaluée) est positivement reliée à l'état de santé (auto-évalué) et à un indice de masse corporelle plus adéquat.

La comparaison des résultats de 1998 avec ceux obtenus en 1990 permet de constater une augmentation de la proportion de la population qui qualifie d'excellentes ou de très bonnes ses habitudes alimentaires. Ainsi, en 1998, près de 40 % de la population qualifie de telle sorte ses habitudes alimentaires alors que cette proportion était de 24 % en 1990. Cette amélioration depuis 1990 touche tous les groupes d'âge et de sexe. De tels résultats rejoignent ceux de l'enquête canadienne de l'Institut national de la nutrition, dans laquelle 39 % des Canadiens ont évalué leurs habitudes alimentaires comme étant excellentes ou très bonnes en 1997 (NIN, 1997).

Des études plus approfondies seraient nécessaires afin de dégager des facteurs explicatifs de l'influence de l'état matrimonial et du type de famille sur la perception de la qualité des habitudes alimentaires. De plus, il serait important de tenter de déterminer l'influence de certains éléments de rupture, tels que la perte d'emploi, la séparation, le deuil ou le passage à la retraite, sur l'évolution de la qualité des habitudes alimentaires.

Pratiques alimentaires

Près des trois quarts des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé au moins un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours. En moyenne, 2,1 repas préparés à l'extérieur du foyer sont consommés au cours d'une période de 7 jours. Cette pratique est plus fréquente chez les hommes (74 %) que chez les femmes (69 %). De plus, parmi les personnes âgées de 15 à 44 ans, environ 4 personnes sur 5 ont consommé au moins un repas préparé à l'extérieur au cours d'une telle période. L'enquête révèle aussi que la consommation de repas préparés à l'extérieur est positivement associée à certains indicateurs de position sociale. En effet, ce sont les individus appartenant aux catégories professionnelles les plus élevées, les personnes les plus instruites et celles dont le revenu est le plus élevé qui consomment le plus de repas préparés à l'extérieur. Par ailleurs, la consommation de repas préparés à l'extérieur à une fréquence de 4 fois ou plus au cours d'une période de 7 jours est associée négativement aux habitudes alimentaires, alors qu'elle est, indépendamment de la fréquence de consommation, positivement associée à la perception de l'état de santé. Il serait toutefois intéressant de mener des analyses plus élaborées afin de pouvoir mieux expliquer cette dernière relation qui pourrait être attribuée à d'autres variables, telles que le revenu, qui donne accès à la consommation d'un plus grand nombre de repas à l'extérieur tout en étant positivement associé à un meilleur état de santé.

L'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995) s'est aussi intéressée à la consommation de repas préparés à l'extérieur de la maison (type et fréquence), mais cette évaluation portait seulement sur les 2 jours précédant l'enquête. Il s'avère donc difficile de faire des comparaisons directes. Néanmoins, à titre indicatif, lors de cette enquête, environ 49 % de la population de 18 à 74 ans avait pris un repas préparé à l'extérieur au cours d'une période de 2 jours. Comme dans la présente enquête, en 1990, peu de gens avaient consommé des repas achetés congelés (4 % pour les 2 jours), 16 % des personnes environ

avaient fait livrer ou avaient emporté un repas de l'extérieur, alors que 39 % avaient pris au moins un repas au restaurant, à la cafétéria ou au casse-croûte.

Compte tenu qu'environ 20 % de la population de 15 ans et plus consomme au moins 4 repas ou plus préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours et que cette proportion est plus élevée parmi la population étudiante et les personnes qui occupent un emploi, il semble important de s'assurer que cette pratique n'aura pas d'impacts négatifs sur la qualité de l'alimentation dans les années à venir. Pour ce faire, il faudrait évaluer l'importance que les gens accordent à la valeur nutritive au moment de l'achat des repas préparés à l'extérieur, par rapport à d'autres éléments tels que le manque de temps pour préparer les repas, le prix ou la saveur des aliments. En effet, une enquête canadienne récente indique que le manque de temps constitue le principal élément dans la décision de consommer un repas préparé à l'extérieur du foyer et que la saveur des aliments est plus importante que leur valeur nutritive lorsque vient le temps d'acheter un repas préparé à l'extérieur (CCDA, 1999).

La présente enquête a aussi permis d'apprendre que dans la population de 15 ans et plus, près de 1 personne sur 5 mange habituellement seule. Cela est important puisque la perception que l'on a de la qualité de ses habitudes alimentaires et de son état de santé est associée de façon négative au fait de manger seul. Il est probable que les gens qui mangent seuls prennent moins de temps pour préparer des repas qu'ils jugent conformes à ce qui est recommandé dans le cadre d'une bonne alimentation. Ces résultats rejoignent ceux de Gerrior et autres (1995). Le fait que plus de femmes que d'hommes prennent leurs repas seules pourrait s'expliquer en partie par l'espérance de vie plus longue des femmes par rapport à leur conjoint. En effet, il y a davantage de femmes âgées de 65 ans et plus qui mangent seules, comparativement aux hommes du même groupe d'âge (39 % c. 18 %). Soulignons de plus que, parmi la population de 15 ans et plus, environ 4 personnes sur 5 vivent seules et 1 personne sur 7 vit dans une famille monoparentale mangent habituellement seules. Par ailleurs, le fait

de manger seul est plus souvent observé parmi les personnes vivant en milieu de pauvreté, mettant en lumière un possible phénomène d'isolement social pour les plus démunis. Ces éléments doivent être pris en considération dans la planification des interventions en santé publique, d'autant plus qu'on observe, depuis 1990, une augmentation du nombre d'hommes qui mangent seuls, principalement chez les 18-24 ans.

Insécurité alimentaire des ménages

Dans l'ensemble, près de 1 Québécois sur 10 vit au moins l'une ou l'autre des trois manifestations d'insécurité alimentaire. La monotonie du régime alimentaire serait l'aspect le plus fréquent relié à l'insécurité alimentaire (7 %), alors que la restriction de l'apport alimentaire ou l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants par manque d'argent toucherait entre 4,1 % et 4,5 % de la population. Parmi les personnes en situation d'insécurité alimentaire, environ 2 % ont manqué d'aliments ou d'argent pour acheter de la nourriture durant 7 jours ou moins au cours d'une période d'un mois, et environ 0,7 % en ont manqué entre 8 et 15 jours. Il est possible que les résultats obtenus fassent sous-estimer la prévalence réelle d'insécurité alimentaire au sein de la population étant donné que seules trois facettes de l'expérience ont été examinées. Néanmoins, ces résultats indiquent un problème d'insécurité alimentaire au sein de la population québécoise. Ils appellent à comprendre le phénomène plus complètement dans toutes ses dimensions, de façon à pouvoir le mesurer dans son intégralité, le suivre et agir en conséquence. Certains groupes de la population sont particulièrement touchés par ce problème, qui atteint environ 1 personne pauvre sur 5 et 4 personnes très pauvres sur 10, plus du quart des personnes sans emploi et environ une famille monoparentale sur 5. Cet élément est important puisque l'insécurité alimentaire influence négativement la perception de la qualité des habitudes alimentaires et de l'état de santé, en plus d'être associée à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et à un niveau faible de l'indice de soutien social. Ainsi, l'insécurité alimentaire serait associée en partie à un

certain isolement social qui semble souvent s'installer parallèlement à une situation de pauvreté. Les relations entre l'insécurité alimentaire, le soutien social et la détresse psychologique indiquent que les manifestations étudiées de l'insécurité alimentaire doivent s'insérer dans un contexte global des déterminants de santé lors des interventions de santé publique.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de la présente enquête sont essentiels puisqu'ils font ressortir, dans un premier temps, la pertinence de développer des programmes d'éducation en nutrition (conférences, ateliers, informations écrites, etc.) et de promotion de la santé dans les milieux de travail majoritairement composés d'hommes et auprès des jeunes dans les milieux scolaires. Ces résultats soulignent également l'importance de poursuivre les efforts entrepris auprès des familles de milieu défavorisé dans les services d'aide à la préparation des repas, ainsi que dans l'appui aux projets communautaires qui offrent de la nourriture aux personnes les plus démunies et aux organismes qui enseignent les bases de la planification budgétaire et les rudiments de l'art culinaire. De même, les projets visant à briser la solitude au moment du repas demeurent des plus pertinents dans le cadre de cette problématique.

Les données de la présente enquête ne permettent pas de distinguer le moment de la journée ou le jour de la semaine auxquels les repas de l'extérieur sont consommés, ni d'apprécier la proportion des repas apportés de la maison. Ces résultats trouvent néanmoins un appui dans ceux de l'*Enquête québécoise sur la nutrition 1990* (Santé Québec, 1995), dans laquelle la majorité (70 %) des personnes qui occupaient un emploi ou étaient aux études ainsi que les trois-quarts (76 %) des personnes de 18 à 34 ans prenaient un de leurs principaux repas à leur lieu de travail ou d'études, le tiers apportant à l'extérieur des repas préparés à la maison.

Dans la population en général, il sera de plus en plus crucial de travailler à accroître la disponibilité de

l'information nutritionnelle dans les endroits où s'achètent les produits alimentaires déjà préparés, afin que les consommateurs puissent bénéficier de l'information nécessaire pour faire des choix judicieux, malgré les contraintes de temps.

Les changements alimentaires que les Québécois choisiront d'effectuer dans les années à venir seront reliés à la perception qu'ils ont de la qualité de leurs habitudes alimentaires. La question portant sur l'auto-évaluation des habitudes alimentaires ainsi que les questions se rapportant à la consommation de repas préparés à l'extérieur auraient avantage à être intégrées aux prochaines enquêtes sur la santé. La disponibilité de cette information à différents moments permettrait d'assurer un suivi de la situation et d'évaluer les tendances dans différents groupes de la société, en fonction des programmes mis en place pour, notamment, améliorer la qualité de l'alimentation dans la population.

Les résultats de la présente enquête indiquent aussi que les conditions socio-économiques sont étroitement reliées à la qualité de l'alimentation (auto-évaluée) de tous les groupes de la société. Les transformations sociales qui touchent la structure des ménages, l'emploi et le revenu ont un impact sur l'alimentation des individus. Les données recueillies lors de la présente enquête permettent d'effectuer une première évaluation de ces transformations relativement à l'alimentation des Québécois. Ces éléments doivent être pris en compte au moment de la planification d'interventions visant l'amélioration des habitudes alimentaires de la population. Au même titre que d'autres variables reliées au mode de vie, l'amélioration de la qualité des habitudes alimentaires et l'étude des déterminants des comportements alimentaires doivent faire partie des priorités de santé publique, puisqu'une saine alimentation dès la naissance et tout au long de la vie favorise la santé et le bien-être des individus.

Bibliographie

ANDERSON, S. A. (éd.) (1990). « Core indicators for nutritional status for difficult-to-sample populations », *Journal of nutrition*, vol. 120, (suppl. 11), p. 1559-1600.

BAGHURST, K. I., A. A. HERTZLER, S. J. RECORD et C. SPURR (1992). « The development of a simple dietary assessment and education tool for use by individuals and nutrition educators », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, p. 165-172.

BRIEFEL, R. R., et C. E. WOTEKI (1992). « Development of food sufficiency questions for the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 1S, p. 24S-28S.

CLEMENS, L. H., D. L. SLAWSON et R. C. KLESGES (1999). « The effect of eating out on the quality of the diet in premenopausal women », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 99, n° 4, p. 442-444.

CONSEIL CANADIEN DE LA DISTRIBUTION ALIMENTAIRE (1999). *Santé, temps et magasinage : une question d'équilibre*, Toronto, CCDA/Canadian Living/FPACC/Arthur Andersen, 43 p.

DONKIN, A. J., A. E. JOHNSON, K. MORGAN, R. J. NEALE, R. M. PAGE et R. L. SILBURN (1998). « Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham », *Appetite*, vol. 30, n° 1, p. 39-51.

DUBOIS, L., M. GIRARD et N. BERGERON (2000). « The choice of a diet quality indicator to evaluate the nutritional health of population », *Public Health Nutrition* (à paraître).

GAGE, T. B., et K. O'CONNOR (1994). « Nutrition and the variation in level and age patterns of mortality », *Human Biology*, vol. 66, n° 1, p. 77-103.

GERRIOR, S. A., J. F. GUTHRIE, J. J. FOX et autres (1995). « Differences in the dietary quality of adults living in single versus multiperson household », *Journal of Nutrition Education*, vol. 27, n° 3, p. 113-119.

HAMELIN, A.-M. (1999). *L'insécurité alimentaire des ménages dans la région de Québec : une première exploration*, Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 254 p.

INTERAGENCY BOARD FOR NUTRITION MONITORING AND RELATED RESEARCH (1995). *Third Report on Nutrition Monitoring in the United States (vol. 1 et 2)*, Government Printing Office, Washington DC.

JACOBS STARKEY, L., H. V. KUHNLEIN et K. GRAY-DONALD. (1998). « Food banks users: Sociodemographic and nutritional-characteristics », *Canadian Medical Association*, vol. 158, n° 9, p. 1143-1149.

KENDALL, A. C., M. OLSON et E. A. FRONGILLO JR (1995). « Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity », *Journal of Nutrition*, vol. 125, n° 11, p. 2793-2801.

KINSEY, J. D. (1994). « Food and families' socioeconomic status », *Journal of nutrition*, vol. 124, n° 9S, p. 878S-885S.

LAITINEN, S., L. RASANEN, J. VIIKARI et H. K. AKERBLUM (1995). « Diet of Finnish children in relation to the family's socio-economic status », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 23, n° 2, p. 88-94.

LE FRANÇOIS, P., G. CALAMASSI-TRAN, P. HEBEL, C. RENAUD, S. LEBRETON et J. L. VOLATIER (1996). « Food and nutrient intake outside the home of 629 French people of fifteen years and over », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 50, n° 12, p. 826-831.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Les Publications du Québec, 103 p.

NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION (1997). *Tracking nutrition trends 1989 – 1994 – 1997, An update on Canadians' attitudes, knowledge and reported actions*, Ottawa, NIN, 50 p.

RADIMER, K. L., C. M. OLSON, J. C. GREENE, C. CAMPBELL et J.-P. HABICHT (1992). « Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children », *Journal of Nutrition Education*, vol. 24, n° 1S, p. 36S-45S.

ROOTMAN, I., R. WARREN, T. STEPHENS et L. PETERS (éd.) (1988). *Canada's Health Promotion Survey: technical report*, Ottawa, Minister of Supply and Services.

ROUFFIGNAT, J., S. RACINE et E. COTÉ (1996). *Appauvrissement, aide alimentaire et organismes communautaires : de la compréhension à l'action : table d'interaction sur la faim de Québec*, Rapport de recherche, Québec, CRAD, 265 p.

SANDERS-PHILLIPS, K. (1994). « Correlates of healthy eating habits in low income black women and latinos », *Preventive medicine*, vol. 23, p. 781-784.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Action concertée pour une saine alimentation : recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application*, Ottawa, Ministre des approvisionnements et Santé Canada, 104 p.

SANTÉ QUÉBEC, L. BERTRAND, (sous la direction de) (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 317 p.

Tableaux complémentaires

Tableau C.6.1

Perception de la qualité des habitudes alimentaires selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%		
État matrimonial de fait			
Marié	42,9	45,4	11,7
En union de fait	38,6	45,9	15,5
Veuf, séparé ou divorcé	38,8	43,5	17,8
Célibataire	34,4	45,4	20,2
Type de famille			
Personne seule	37,3	42,1	20,6
Couple sans enfants	43,1	44,1	12,8
Autres ménages/familles	33,1	44,7	22,2
Famille biparentale	39,7	46,8	13,6
Famille recomposée	38,0	44,0	18,0
Famille monoparentale	33,5	48,0	18,5
Scolarité relative			
Plus faible	35,0	46,8	18,3
Faible	35,5	48,4	16,1
Moyenne	38,4	47,1	14,6
Élevée	38,9	45,1	16,0
Très élevée	48,5	39,6	11,9
Statut d'activité (habituelle)			
En emploi	38,3	46,1	15,6
Étudiant	36,1	45,3	18,6
À la maison	43,9	43,9	12,2
À la retraite	45,1	44,2	10,7
Sans emploi	31,3	43,4	25,4
Catégorie professionnelle			
Ouvrier non qualifié et manœuvre	34,3	45,2	20,6
Contremaître et ouvrier qualifié	31,6	51,7	16,8
Employé de bureau, de commerce, de service	36,5	45,9	17,5
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	42,7	43,9	13,4
Professionnel et cadre supérieur	50,0	39,3	10,7
Niveau de revenu			
Très pauvre	33,4	42,4	24,2
Pauvre	35,3	46,3	18,5
Moyen inférieur	37,5	47,7	14,8
Moyen supérieur	40,9	44,9	14,1
Supérieur	46,9	40,5	12,6
Perception de sa situation financière			
Très pauvre	26,9	39,6	33,4
Pauvre	30,6	47,8	21,6
Suffisant	40,4	46,6	13,1
À l'aise	48,3	39,7	12,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.6.2

Consommation de repas préparés à l'extérieur au cours d'une période de 7 jours selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais	À l'occasion (1 à 3 fois)	Souvent (4 à 6 fois)	Régulièrement (7 fois ou plus)
	%			
État matrimonial de fait				
Marié	33,1	50,5	12,5	4,0
En union de fait	19,9	54,2	18,4	7,5
Veuf, séparé ou divorcé	40,9	43,0	11,2	4,9
Célibataire	19,8	49,1	22,1	9,0
Type de famille				
Personne seule	34,2	41,7	16,1	8,0*
Couple sans enfants	33,2	49,4	12,9	4,5
Autres ménages/familles	22,7	46,7	20,6	10,0
Famille biparentale	24,8	52,6	16,9	5,7
Famille recomposée	21,8	50,7	19,5	8,0*
Famille monoparentale	26,1	51,2	15,8	6,9
Scolarité relative				
Plus faible	39,0	44,7	11,7	4,6
Faible	29,3	52,4	13,0	5,4
Moyenne	27,8	50,5	15,7	6,1
Élevée	24,6	50,9	18,3	6,3
Très élevée	20,4	51,3	20,4	7,9
Statut d'activité (habituelle)				
En emploi	20,2	51,7	19,9	8,2
Étudiant	16,1	53,2	23,1	7,5
À la maison	46,1	47,0	5,3	1,6*
À la retraite	48,7	43,7	5,7	2,0*
Sans emploi	41,1	44,4	11,2	3,4*
Catégorie professionnelle				
Ouvrier non qualifié et manœuvre	21,9	51,8	16,8	9,6
Contremaître et ouvrier qualifié	24,9	51,3	17,1	6,7
Employé de bureau, de commerce, de service	18,2	54,9	19,6	7,3
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	15,6	49,5	24,6	10,4
Professionnel et cadre supérieur	14,7	50,2	27,2	7,9
Niveau de revenu				
Très pauvre	47,4	38,5	8,4*	5,7*
Pauvre	38,3	44,9	12,3	4,5*
Moyen inférieur	31,0	49,6	14,3	5,2
Moyen supérieur	23,7	53,2	17,0	6,1
Supérieur	15,6	50,1	24,2	10,2
Perception de sa situation financière				
Très pauvre	46,8	40,2	8,6*	4,5*
Pauvre	34,5	46,6	14,3	4,7
Suffisant	27,0	52,2	15,4	5,5
À l'aise	20,1	49,0	21,0	10,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.6.3

Solitude au moment des repas selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Oui	Non
	%	
État matrimonial de fait		
Marié	2,6	97,4
En union de fait	3,8	96,2
Veuf, séparé ou divorcé	56,6	43,4
Célibataire	32,2	67,8
Type de famille		
Personne seule	84,4	15,6
Couple sans enfants	4,1	95,9
Autres ménages/familles	29,0	71,0
Famille biparentale	4,4	95,6
Famille recomposée	5,3*	94,7
Famille monoparentale	13,7	86,3
Scolarité relative		
Plus faible	16,1	84,0
Faible	14,6	85,4
Moyenne	17,1	82,9
Élevée	17,1	82,9
Très élevée	19,9	80,1
Statut d'activité (habituelle)		
En emploi	14,6	85,4
Étudiant	15,1	84,9
À la maison	15,6	84,4
À la retraite	26,1	73,9
Sans emploi	27,7	72,3
Catégorie professionnelle		
Ouvrier non qualifié et manœuvre	15,3	84,7
Contremaître et ouvrier qualifié	13,0	87,0
Employé de bureau, de commerce, de service	14,2	85,8
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	16,2	83,9
Professionnel et cadre supérieur	14,3	85,7
Niveau de revenu		
Très pauvre	45,1	54,9
Pauvre	25,9	74,2
Moyen inférieur	17,1	82,9
Moyen supérieur	12,4	87,6
Supérieur	7,9	92,1
Perception de sa situation financière		
Très pauvre	31,6	68,4
Pauvre	21,8	78,3
Suffisant	15,1	84,9
À l'aise	15,2	84,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.6.4

Insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

Réponse positive ou non à l'un ou l'autre des trois aspects de l'insécurité alimentaire		
	Oui	Non
	%	
État matrimonial de fait		
Marié	4,0	96,1
En union de fait	7,9	92,1
Veuf, séparé ou divorcé	12,5	87,5
Célibataire	12,1	87,9
Type de famille ayant au moins un enfant de moins de 18 ans		
Famille biparentale	5,9	94,1
Famille recomposée	8,7*	91,3
Famille monoparentale	22,5	77,5
Scolarité relative		
Plus faible	14,3	85,7
Faible	7,8	92,2
Moyenne	6,3	93,7
Élevée	5,8	94,3
Très élevée	4,8	95,2
Statut d'activité (habituelle)		
En emploi	5,4	94,6
Étudiant	9,5	90,5
À la maison	11,5	88,5
À la retraite	4,4	95,6
Sans emploi	27,1	72,9
Catégorie professionnelle		
Ouvrier non qualifié et manœuvre	8,9	91,1
Contremaître et ouvrier qualifié	6,2	93,8
Employé de bureau, de commerce, de service	5,5	94,5
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	3,5*	96,5
Professionnel et cadre supérieur	2,0*	98,0
Niveau de revenu		
Très pauvre	38,7	61,3
Pauvre	19,5	80,5
Moyen inférieur	6,8	93,3
Moyen supérieur	2,0	98,0
Supérieur	1,2	98,8
Perception de sa situation financière		
Très pauvre	32,5	67,5
Pauvre	18,0	82,0
Suffisant	4,2	95,8
À l'aise	1,8*	98,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 7

Activité physique

Bertrand Nolin

Kino-Québec

Direction de la santé publique

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Gaston Godin

Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux

des comportements liés à la santé

Université Laval

Denis Prud'homme

Division kinésiologie

Département de médecine sociale et préventive

Université Laval

Introduction

L'activité physique, composante incontournable de notre vie quotidienne, est depuis longtemps identifiée comme un facteur important de maintien, d'amélioration et même de recouvrement de la santé. Néanmoins, l'identification du type et de la quantité (intensité, durée et fréquence) d'activité physique souhaitables (« dose souhaitable ») est un phénomène plus récent et les recherches se poursuivent afin de préciser encore davantage les recommandations à cet égard (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1996; Bouchard, Shephard et Stephens, 1994).

L'activité physique, dans son sens strict, se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos » (USDHHS, 1996, p. 20). Cependant, toutes les activités ou tous les mouvements possibles peuvent être regroupés dans quatre grandes catégories, soit l'activité physique domestique (hygiène personnelle, ménage, etc.), l'activité physique de travail (faire le service aux tables, transporter des boîtes, etc.), l'activité physique de transport (se rendre au travail en marchant, aller à l'école à bicyclette, etc.) et l'activité physique de loisir (sport, danse, conditionnement physique, etc.) (schéma 7.1).

Schéma 7.1

Catégories regroupant toute l'activité physique¹ potentiellement incluse dans une journée

L'activité physique domestique ²	L'activité physique de travail ² « l'occupation principale »	L'activité physique de transport	L'activité physique de loisir ³
Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Se laver• Habiller les enfants• Passer l'aspirateur• Bricoler• Pelleter• Faire le marché• etc.	Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Classer du matériel• Faire le service aux tables• Transporter des colis• Pelleter de la terre• etc.	Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Se rendre au travail en marchant• Se rendre à l'école à bicyclette• Se rendre chez une amie en patins à roulettes• etc.	Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Marche• Bicyclette• Conditionnement physique individuel• Hockey sur glace• Danse sociale• etc.

1. Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos (USDHHS, 1996, p. 20).

2. Beaucoup d'activités de ces deux catégories sont physiquement très semblables, ou même identiques. Ce qui les différencie, principalement, est le fait d'être rémunérées ou non rémunérées, ainsi que l'endroit où elles sont faites.

3. Activités pratiquées durant les temps libres (sports, conditionnement physique, plein air, etc.).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les quatre catégories d'activité physique peuvent, à des degrés divers, influencer positivement ou négativement la santé d'un individu. Cependant, deux de ces catégories (l'activité physique domestique et l'activité physique de travail) ne sont pas vraiment sous le contrôle de l'individu, donc sont très peu modifiables, et plusieurs des exigences physiques liées à celles-ci ont diminué au cours du vingtième siècle (USDHHS, 1996), du moins dans les pays industrialisés. Ainsi, seulement l'activité physique de loisir et celle associée au transport demeurent majoritairement sous le contrôle de l'individu bien que, dans le cas du transport, les choix individuels puissent souvent être très limités.

En ce qui concerne l'activité physique de loisir, la décision individuelle est une composante incontournable, même si plusieurs facteurs internes ou externes à l'individu, modifiables ou non modifiables, peuvent influencer grandement le fait d'accomplir ou non de l'activité physique durant ses temps libres (Dishman, 1994). Parmi l'ensemble des variables permettant de mieux comprendre l'adoption de la pratique régulière d'activité physique, on peut identifier l'intention comportementale. L'intention est définie, selon Ajzen et Fishbein (1980), comme la probabilité que le comportement sera réalisé dans un temps déterminé. Elle est donc l'expression de la motivation. Plusieurs auteurs ont documenté son importance pour prédire la pratique comme telle d'activité physique (Godin et Kok, 1996).

La *Politique de la santé et du bien-être* du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), ainsi que le plan d'action 2000-2005 du programme Kino-Québec (Kino-Québec, 2000), ont confirmé l'importance que les autorités gouvernementales entendent accorder à la promotion de la pratique régulière d'activité physique. Cette dernière peut contribuer, de façon directe (ex. : maladies cardiovasculaires) et indirecte (ex. : intégration sociale des retraités), à l'atteinte de plusieurs objectifs identifiés dans cette politique. L'*Enquête sociale et de santé 1998* apporte un éclairage utile sur quelques indicateurs touchant deux des quatre grandes catégories d'activité physique identifiées précédemment, soit l'activité physique de loisir et l'activité physique de travail (schéma 7.1).

Les objectifs du présent chapitre sont, dans un premier temps, de décrire la pratique d'activité physique de loisir sur une période de trois mois et l'intention de pratique au cours de la prochaine année. On y décrit également la pratique d'activité physique selon les principales caractéristiques personnelles et socioéconomiques ainsi que les activités physiques les plus populaires. Dans un deuxième temps, l'activité physique associée au travail ou à l'occupation principale est sommairement décrite. Ces résultats sont également comparés à ceux obtenus lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* lorsqu'il s'agit de l'activité physique de loisir et, pour l'activité physique de travail, la comparaison s'effectue avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987*.

7.1 Aspects méthodologiques

7.1.1 Indicateurs

Le thème de l'activité physique a été examiné à l'aide de la section IV du questionnaire autoadministré (QAA). La question touchant la pratique d'activité physique de loisir, « Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 3 derniers mois? » (QAA12), permet d'obtenir une estimation de la proportion de la population pratiquant des activités physiques à une intensité se rapprochant des niveaux moyen ou plus élevé (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996; Gionet et Godin, 1989). L'influence de ce type d'activité physique sur les déterminants de la condition physique et, de manière plus large, sur la santé, est très bien documentée (American College of Sports Medicine, 1998). L'indicateur utilisé fournit un éventail détaillé de la fréquence de pratique au cours des trois derniers mois, soit trois fois et plus par semaine, deux fois par semaine, une fois par semaine, une à trois fois par mois et aucune fois. De plus, la question utilisée est identique à celle de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

La question 13, « Avez-vous l'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours de la prochaine année? » (QAA13), porte sur le déterminant principal (l'intention), modifiable, de la

pratique d'activité physique de loisir et elle est identique à celle utilisée dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. La question fournit un éventail détaillé (cinq choix) de nature positive (« certainement » et « probablement oui »), neutre (« ni oui, ni non ») ou négative (« probablement non » et « certainement pas ») de l'intention de l'individu face à la pratique d'activités physiques de loisir au cours de la prochaine année (Valois, Godin et Bertrand, 1992).

La popularité de chacune des activités physiques est mesurée à l'aide des questions 17 et 18, « Indiquez le nombre approximatif de fois que vous avez pratiqué chacune des activités suivantes au cours des 12 derniers mois. » (QAA17 et QAA18). Un choix de cinq plages de fréquence de pratique est présentée pour chaque activité (aucune fois, 1 à 4 fois, 5 à 9 fois, 10 à 14 fois et 15 fois et plus). Cette question a été adaptée d'une question de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Le niveau d'activité physique associé au travail ou à l'activité principale est estimé avec la question 19, « Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le travail que vous faites ou l'activité principale que vous exercez habituellement? » (QAA19), laquelle comprend quatre niveaux d'exigence physique. Le niveau 1 fait référence à un travail habituellement assis, avec peu ou pas de déplacement. Le niveau 2, pour sa part, est associé à ceux et celles qui travaillent surtout debout ou qui ont souvent à se déplacer, mais qui n'ont pas ou n'ont que peu de charges à soulever ou à transporter. Le niveau 3 s'adresse aux personnes qui soulèvent ou qui transportent habituellement des charges légères, ou qui doivent souvent monter des escaliers ou des pentes. Finalement, le niveau 4 fait référence à un travail physique exigeant ou à un transport de charges très lourdes. L'indicateur retenu est le même que celui utilisé dans l'enquête *Santé Québec 1987* (Levasseur, 1987).

7.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions sur l'activité physique ont été reprises des enquêtes de 1987 (QAA19) et de 1992-1993 (QAA12, QAA13, QAA17 et QAA18), ce qui permet la comparaison des résultats entre les enquêtes.

Toutefois, pour les questions 17 et 18 (popularité de chacune des activités), la comparaison avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ne peut être présentée, car la formulation de ces deux questions a dû être modifiée afin de recueillir plus d'informations sur quelques composantes supplémentaires. Néanmoins, certaines analyses ont pu être effectuées.

7.1.3 Portée et limites des données

Il est important de souligner que la question 12 (pratique d'activité physique au cours des trois derniers mois) ne mesure pas correctement l'activité physique pratiquée à une intensité un peu plus faible (ex. : la marche), alors que ce type d'activité peut également avoir des effets importants sur la santé (USDHHS, 1996). Donc, seulement une partie du continuum de pratique d'activité physique de loisir se trouve illustrée dans les résultats. Par ailleurs, les données de cette question tiennent compte de l'effet des saisons (quatre trimestres successifs de collecte, individus différents à chaque trimestre), mais ne sont pas pour autant des résultats de pratique sur une base annuelle. Les prévalences rapportées représentent la moyenne des quatre trimestres. Pour obtenir des niveaux de pratique sur une base annuelle, il faudrait interroger les mêmes individus, durant les quatre trimestres successifs. L'analyse de la pratique saisonnière n'est pas non plus possible, car l'information recueillie chevauche toujours deux saisons, la période de rappel de la question 12 étant « au cours des 3 derniers mois ».

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5% pour les questions 12, 13 et 19 et il varie de 2 % à 8 % pour la liste des activités des questions 17 et 18. Plus précisément, ce taux varie de 2 % à 5 % pour la question 17 et de 7 % à 8 % pour la question 18. Les caractéristiques principales des non-répondants pour les questions 17 et 18 s'établissent comme suit : plus âgés, moins scolarisés, ne travaillent pas.

Il est à noter que les questions QAA14 (attitude envers la pratique de l'activité physique), QAA15 (perception du contrôle) et QAA16 (stades de changement) ne sont pas traitées dans le présent chapitre. Toutefois, elles seront abordées dans des publications subséquentes.

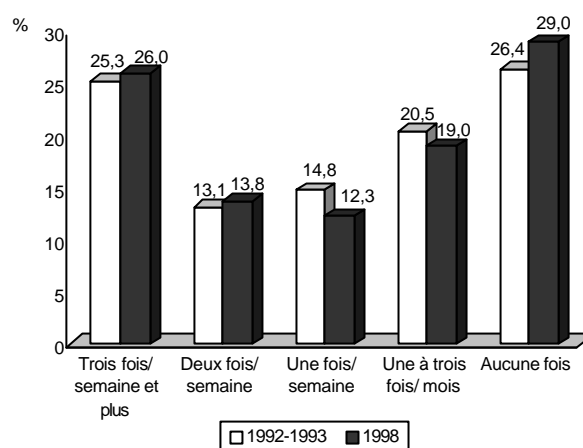
7.2 Résultats

7.2.1 Pratique d'activité physique de loisir

La figure 7.1 et le tableau 7.1 présentent une vue d'ensemble de la pratique de ce type d'activité physique de loisir chez les Québécois de 15 ans et plus au cours d'une période de trois mois. En 1998, la majorité de la population (55 %) se situe aux deux extrémités du continuum de pratique. Environ le quart de la population (26 %) pratique ces activités à une fréquence de trois fois et plus par semaine et 29 %, aucune fois. Pour l'autre partie de la population (45 %), la fréquence varie de une à trois fois par mois (19 %) à une à deux fois par semaine (26 %). Cependant, près de la moitié de la population (48 %) a une fréquence de pratique inférieure à une fois par semaine. Ce constat se vérifie autant chez les hommes que chez les femmes, mais une proportion

plus élevée d'hommes pratiquent à une fréquence de trois fois par semaine et plus (28 % c. 24 %) (tableau 7.1).

Figure 7.1
Fréquence de pratique d'activité physique de loisir¹, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998



1. Pratique d'activité physique de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 7.1
Fréquence de pratique d'activité physique de loisir¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Trois fois/semaine et plus		Deux fois/semaine		Une fois/semaine		Une à trois fois/mois		Aucune fois	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
%										
Hommes										
15-24 ans	43,2	43,3	16,8	15,3	12,8	13,0	18,7	18,4	8,5	9,9
25-44 ans	21,6	21,4	14,2	14,8	15,8	14,2	24,3	22,7	24,2	27,0
45-64 ans	25,7	25,9	12,2	13,2	13,2	9,2	18,1	14,6	30,8	37,2
65 ans et plus	37,6	32,8	9,1	9,2	8,9	8,3	7,7	7,9	36,7	41,8
Total	28,1	27,9	13,6	13,8	13,9	11,8	19,9	17,8	24,6	28,8
Femmes										
15-24 ans	25,4	25,8	16,4	18,5	18,0	18,8	26,8	25,1	13,4	11,8
25-44 ans	17,8	20,3	12,8	14,5	16,3	13,9	26,2	26,1	27,0	25,2
45-64 ans	26,7	28,1	11,6	13,0	14,7	9,9	15,5	15,1	31,5	33,9
65 ans et plus	26,5	24,5	9,4	7,9	12,5	9,4	9,0	9,1	42,6	49,1
Total	22,6	24,1	12,6	13,7	15,6	12,8	21,0	20,1	28,2	29,2
Sexes réunis										
Total	25,3	26,0	13,1	13,8	14,8	12,3	20,5	19,0	26,4	29,0
Pe '000	...	1 514	...	798	...	717	...	1 102	...	1 695

1. Pratique d'activité physique de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison avec les données de 1992-1993 permet d'observer une diminution de la fréquence de pratique, laquelle se concrétise plus particulièrement par l'augmentation de la proportion de la population qui ne fait jamais de telles activités (« aucune fois ») (26 % en 1992-1993 c. 29 % en 1998) (figure 7.1). Cependant, l'analyse de ces résultats selon le sexe fait ressortir que cette diminution de pratique se concentre exclusivement chez les hommes (25 % c. 29 % en 1998) (tableau 7.1). Les femmes, pour leur part, ont plutôt fait des gains entre 1992-1993 et 1998, avec une diminution de la fréquence d'une fois par semaine (16 % c. 13 %) au profit des fréquences de deux et trois fois et plus par semaine (35 % c. 38 %).

Variations selon le sexe et l'âge

Des variations importantes apparaissent selon l'âge parmi la population masculine (tableau 7.1). Ainsi, en 1998, les hommes de 15 à 24 ans sont ceux qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir pratiqué ce type d'activité physique de loisir à une fréquence de trois fois et plus par semaine (43 %) au cours d'une période de trois mois, alors que les hommes de 25 à 44 ans sont proportionnellement les moins nombreux (21 %). Environ le quart (26 %) des hommes de 45 à 64 ans et le tiers (33 %) des hommes de 65 ans et plus en font à une fréquence de trois fois et plus par semaine. Ces résultats sont semblables à ceux de 1992-1993, à l'exception des hommes de 65 ans et plus, chez lesquels on semble perdre un peu d'adeptes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Pour les fréquences d'une fois par semaine et de deux fois par semaine, les proportions passent de 14 % chez les 25-44 ans à 9 % chez les 45-64 ans dans le premier cas, alors que cette baisse se produit entre les 45-64 ans et les 65 ans et plus (13 % c. 9 %) dans le deuxième cas. Pour ces deux fréquences, les résultats demeurent comparables à 1992-1993, à l'exception des 45-64 ans, chez lesquels on relève une diminution pour la fréquence d'une fois par semaine (13 % c. 9 %).

Les fréquences inférieures à une fois par semaine connaissent, pour leur part, des variations importantes avec l'âge. Pour les hommes qui ont une pratique

occasionnelle (une à trois fois par mois au cours d'une période de trois mois), on observe une diminution à partir du groupe d'âge de 45 ans et plus, et cela, majoritairement au profit de la catégorie « aucune fois ». En effet, la proportion d'hommes qui ne pratiquent jamais ce type d'activité physique de loisir augmente progressivement avec l'âge, passant de 10 % chez les 15-24 ans à 42 % chez les 65 ans et plus. La situation demeure semblable à celle de 1992-1993, à l'exception d'une augmentation de la proportion d'hommes qui ne pratiquent jamais d'activité (« aucune fois ») chez les personnes de 45 à 64 ans (31 % c. 37 %).

L'analyse des résultats, chez les femmes, fait également ressortir des variations importantes selon l'âge quoique assez différentes de celles des hommes pour la fréquence la plus élevée. En effet, les résultats des plus jeunes (15-24 ans) et des plus âgées (65 ans et plus) sont semblables pour la fréquence de trois fois par semaine et plus au cours d'une période de trois mois (26 % et 25 %). Les différences significatives se situent entre les femmes de 15 à 24 ans et celles de 25 à 44 ans (26 % c. 20 %) ainsi qu'entre celles de 25 à 44 ans et celles de 45 à 64 ans (20 % c. 28 %). Les résultats pour la fréquence de trois fois par semaine et plus sont comparables entre 1998 et 1992-1993.

La pratique de ce type d'activité physique de loisir à la fréquence d'une et de deux fois par semaine diminue avec l'âge. Cette diminution est constante entre les femmes de 15 à 24 ans et celles de 45 à 64 ans dans le cas d'une fois par semaine (19 % c. 10 %), alors qu'elle se situe entre les 15-24 ans et les 65 ans et plus pour la fréquence de deux fois par semaine (19 % c. 8 %), soit une diminution plus précoce dans les deux cas, comparativement aux hommes. La situation en 1998 demeure semblable à celle de 1992-1993 et on relève une seule diminution statistiquement significative, laquelle se situe chez les femmes de 45 à 64 ans, pour la fréquence d'une fois par semaine (15 % c. 10 %). Cependant, cette diminution semble se faire au profit des femmes plus actives (deux et trois fois par semaine et plus), donc vers une amélioration, du moins pour les 25-44 ans et les 45-64 ans.

Pour les fréquences inférieures à une fois par semaine, la pratique occasionnelle (une à trois fois par mois) diminue de manière importante entre les femmes de 25 à 44 ans et celles de 65 ans et plus (26 % c. 15 % c. 9 %). Dans le cas de la fréquence « aucune fois », la proportion de la population féminine augmente graduellement à tous les âges, passant de 12 % parmi les femmes de 15 à 24 ans à 49 % parmi celles de 65 ans et plus, soit environ une femme sur deux. La comparaison avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, pour les fréquences inférieures à une fois par semaine, ne fait ressortir aucune variation statistiquement significative même si la proportion de femmes qui ne s'adonnent aucune fois à ce type d'activité semble augmenter dans le groupe des 65 ans et plus.

Variations selon le sexe

La différence entre les hommes et les femmes, comme le montrent les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (tableau 7.1), se situe majoritairement aux deux extrémités du continuum de pratique. Les jeunes hommes (15-24 ans) ont pratiqué en plus grande proportion que les jeunes femmes ce type d'activité physique de loisir trois fois par semaine et plus (43 % c. 26 %) au cours d'une période de trois mois, ce qui est également le cas chez les 65 ans et plus (33 % c. 25 %). Pour les deux groupes d'âge intermédiaires, les prévalences sont semblables. Ainsi, la différence entre les hommes et les femmes est majoritairement expliquée par la différence chez les plus jeunes (15-24 ans).

Les autres différences entre les hommes et les femmes se situent également chez les 15-24 ans et les 65 ans et plus. Pour les fréquences une fois par semaine et une à trois fois par mois, chez les 15-24 ans, les prévalences sont plus élevées chez les femmes, soit 19 % c. 13 % et 25 % c. 18 % respectivement. Pour la fréquence « aucune fois » chez les 65 ans et plus, il y a également une proportion plus élevée de femmes (49 % c. 42 %). En ce qui concerne les autres fréquences et les autres groupes d'âge, aucune différence significative entre les deux sexes n'est décelée.

Variations selon la scolarité et le revenu

L'analyse des résultats selon le niveau de scolarité relative (tableau 7.2) montre que la pratique de ce type d'activité physique de loisir et la scolarité sont associées. En effet, pour les fréquences égales ou supérieures à une fois par semaine au cours d'une période de trois mois, la proportion de la population qui se situe dans ces fréquences augmente entre le niveau de scolarité le plus bas et le plus élevé. Le pourcentage passe de 9 % à 15 % pour la fréquence d'une fois par semaine, de 11 % à 17 % pour deux fois par semaine et de 21 % à 32 % pour trois fois par semaine. Dans le cas de la fréquence « aucune fois », le phénomène inverse se produit et on relève une diminution importante et graduelle entre les deux extrêmes du continuum de scolarité (42 % c. 17 %). L'association entre ces deux variables, même si le niveau de scolarité est habituellement présenté en valeur absolue au lieu de relative, est observée dans toutes les enquêtes touchant cette thématique (USDHHS, 1996; Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996).

On observe également un lien avec le niveau de revenu (tableau 7.2). Cependant, cette association n'est pas aussi constante et graduelle, comme dans le cas de la scolarité, pour les fréquences égales et supérieures à une fois par semaine.

Entre les niveaux très pauvre et moyen supérieur, on passe de 9 % à 13 % pour la fréquence d'une fois par semaine et de 10 % à 15 % pour deux fois par semaine. Pour la fréquence de trois fois par semaine, une différence est observée seulement entre les niveaux de revenu moyen inférieur et supérieur (25 % c. 31 %). En ce qui concerne la fréquence « aucune fois », une diminution graduelle est observée entre les niveaux de revenu moyen inférieur et supérieur (31 % c. 19 %).

Tableau 7.2

Fréquence de pratique d'activité physique de loisir¹ selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Trois fois/ semaine et plus	Deux fois/ semaine	Une fois/ semaine	Une à trois fois/mois	Aucune fois
	%				
Scolarité relative					
Plus faible	20,7	11,0	8,9	17,3	42,0
Faible	24,3	12,3	11,5	18,8	33,2
Moyenne	26,8	14,6	12,2	18,7	27,9
Élevée	26,0	14,3	14,2	20,5	25,1
Plus élevée	31,7	16,8	15,0	19,4	17,2
Niveau de revenu					
Très pauvre	28,9	9,9	8,8	15,3	37,1
Pauvre	24,2	11,1	10,8	18,5	35,3
Moyen inférieur	24,5	12,9	12,4	19,0	31,2
Moyen supérieur	25,7	14,9	13,1	19,3	27,0
Supérieur	30,8	17,2	13,0	20,5	18,5

1. Pratique d'activité physique de loisir, 20 à 30 minutes par séance, au cours d'une période de trois mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

7.2.2. Intention de pratique

En 1998, près de la moitié (46 %) de la population de 15 ans et plus exprime une intention ferme (certainement) envers la pratique régulière d'activité physique de loisir au cours de la prochaine année (tableau 7.3). Cette proportion est semblable chez les hommes et les femmes (48 % et 45 %). Par ailleurs, la proportion de personnes ayant une intention ferme varie avec l'âge car, entre les 15-24 ans et les 65 ans et plus, elle passe de 63 % à 36 % chez les hommes et de 53 % à 31 % chez les femmes. Les hommes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que les femmes du même âge à exprimer une intention ferme (63 % c. 53 %), mais on ne décèle aucune différence notable entre les sexes, pour les groupes d'âge supérieurs. À l'autre extrémité du continuum d'intention (certainement pas), on retrouve un très faible pourcentage (3,9 %) des 15 ans et plus. Cependant, le groupe des 65 ans et plus se démarque assez clairement des autres groupes d'âge, avec des pourcentages plus élevés, soit 13 % chez les hommes et 16 % chez les femmes.

La comparaison avec les données de 1992-1993 (tableau 7.3) révèle que globalement, chez les 15 ans et plus, il n'y a eu aucun changement aux deux extrémités du continuum d'intention (certainement et certainement pas). Cependant, l'analyse selon l'âge et le sexe fait ressortir une diminution assez importante, entre 1992-1993 et 1998, chez les hommes de 65 ans et plus qui ont une intention ferme (certainement) de pratiquer ce type d'activité physique de loisir au cours de la prochaine année (45 % c. 36 %). On n'observe aucune variation notable pour les autres groupes d'âge, chez les hommes, ni pour aucun groupe d'âge, chez les femmes. En ce qui concerne les trois autres niveaux d'intention (probablement oui, ni oui, ni non et probablement non), on constate un certain déplacement vers la portion négative du continuum (probablement non) entre 1992-1993 et 1998 (6 % c. 8 %), pour les 15 ans et plus.

Tableau 7.3

Intention de pratique régulière¹ au cours de la prochaine année selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Certainement		Probablement oui		Ni oui, ni non		Probablement non		Certainement pas	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
%										
Hommes										
15-24 ans	60,4	63,2	25,7	24,8	10,2	7,7	2,8*	3,3*	0,9**	1,0**
25-44 ans	49,1	48,2	31,1	30,7	12,5	12,1	5,4	6,7	1,9*	2,3
45-64 ans	44,3	43,5	29,5	26,8	12,4	13,2	8,8	11,5	5,0	5,0
65 ans et plus	44,5	35,6	21,8	24,2	11,8	14,4	9,8	13,4	12,2	12,5
Total	49,3	48,0	28,8	27,7	12,0	11,9	6,3	8,3	3,6	4,1
Femmes										
15-24 ans	50,5	53,1	32,4	33,7	13,8	9,2	2,3*	3,3*	1,1**	0,7**
25-44 ans	43,7	45,6	34,3	34,6	15,2	12,5	5,0	6,4	1,8*	1,0*
45-64 ans	44,7	44,9	30,6	30,9	13,8	11,6	7,1	9,6	3,9	3,0
65 ans et plus	33,7	31,4	26,6	24,2	12,3	12,8	10,6	15,7	16,9	15,9
Total	43,7	44,5	31,9	31,8	14,2	11,7	5,9	8,2	4,3	3,8
Sexes réunis										
Total	46,4	46,2	30,4	29,8	13,1	11,8	6,1	8,3	4,0	3,9
Pe '000	...	2 685	...	1 733	...	689	...	486	...	233

1. Intention de pratique régulière durant les temps libres, 20 à 30 minutes par séance, au cours de la prochaine année.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

7.2.3 Popularité des activités

L'identification des activités qui ont la faveur populaire complète la section sur l'activité physique de loisir. Pour ce faire, les cinq activités le plus souvent rapportées comme ayant été pratiquées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois ont été retenues (tableau 7.4).

La marche demeure le premier choix de la très grande majorité des individus, et cela, autant chez les hommes que chez les femmes. Activité très accessible, la marche domine le « palmarès » depuis la première enquête détaillée sur ce sujet (Comité d'étude sur la

condition physique des Québécois [CECPQ], 1974) et il est probable qu'elle conservera ce premier rang dans l'avenir. Cependant, les résultats montrent une diminution de pratique entre 1992-1993 et 1998 pour cette activité, et cela, autant chez les hommes que chez les femmes (données non présentées). Les quatre autres premiers choix des Québécois sont demeurés eux aussi les mêmes qu'en 1992-1993 mais, à l'inverse de la marche, ils ont connu une augmentation de la proportion d'adeptes.

Le tableau 7.4 fait également ressortir que les cinq premiers choix des hommes et des femmes sont les mêmes.

Tableau 7.4

Les cinq activités physiques de loisir les plus populaires¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

%			
Hommes		Femmes	
Marche pour fins d'exercice	67,6	Marche pour fins d'exercice	78,8
Baignade	57,3	Baignade	57,8
Randonnée à vélo	51,9	Danse (disco, sociale ou autres)	53,3
Danse (disco, sociale ou autres)	43,3	Jardinage	48,3
Jardinage	41,6	Randonnée à vélo	42,2

1. Activités pratiquées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

On retrouve cependant une proportion plus élevée de femmes que d'hommes pour les activités suivantes : marche (79 % c. 68 %), danse (53 % c. 43 %) et jardinage (48 % c. 42 %), et l'inverse pour la randonnée en vélo (42 % c. 52 %). La baignade, quant à elle, attire le même pourcentage de femmes et d'hommes (58 % et 57 %).

Plusieurs autres activités, non identifiées au tableau 7.4, ont un pourcentage d'adeptes appréciable pouvant aller jusqu'à 30 % des personnes de 15 ans et plus. Ce fait, tout comme l'augmentation importante de la popularité du patin à roulettes, sera abordé dans des publications subséquentes. De plus, il est intéressant de constater que trois activités (marche, bicyclette et natation/baignade) faisaient déjà partie des cinq premiers choix de la population lors de l'enquête de 1973 (CECPQ, 1974).

Une autre façon d'examiner la popularité des diverses activités physiques est de vérifier la régularité de pratique de celles-ci. Ce type d'analyse permet de vérifier quelles activités contribuent de manière plus importante à une pratique régulière durant les temps libres. Le tableau 7.5 fournit la liste des cinq premières activités lorsqu'on retient la fréquence de 10 fois et plus sur une période de 12 mois.

Les activités pratiquées plus régulièrement sont majoritairement les mêmes que celles identifiées à une fréquence d'une fois et plus par année. Cependant, les pourcentages d'adeptes diminuent dans tous les cas (tableaux 7.4 et 7.5).

Les cinq activités pratiquées plus régulièrement (tableau 7.5) sont majoritairement les mêmes (quatre sur cinq) pour les hommes et les femmes. En effet, seulement le conditionnement physique individuel et la danse diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les quatre autres activités, la proportion de femmes est plus élevée que celle des hommes, sauf pour la randonnée en vélo, auquel cas on observe l'inverse.

7.2.4 Activité physique de travail

Le tableau 7.6 fait ressortir que près des trois quarts (72 %) de la population de 15 ans et plus, en 1998, se situent aux deux niveaux inférieurs d'exigence physique (niveaux 1 et 2). À l'opposé, plus du quart (28 %) des personnes déclarent effectuer un travail qui comporte des exigences physiques plus élevées (niveaux 3 et 4).

Tableau 7.5
Les cinq activités physiques de loisir pratiquées plus régulièrement¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

		%	
Hommes		Femmes	
Marche pour fins d'exercice	42,7	Marche pour fins d'exercice	51,7
Baignade	25,2	Baignade	27,2
Randonnée à vélo	24,3	Jardinage	24,5
Jardinage	20,5	Randonnée à vélo	16,8
Conditionnement physique individuel	15,1	Danse (disco, sociale ou autres)	16,7

1. Dix fois et plus au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 7.6

Niveau d'activité physique associée au travail¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Niveau 1 (le moins élevé)		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4 (le plus élevé)	
	1987	1998	1987	1998	1987	1998	1987	1998
	%							
Hommes								
15-24 ans	25,7	23,8	31,3	34,0	22,0	23,9	21,0	18,4
25-44 ans	21,2	21,8	42,5	40,3	17,0	18,6	19,3	19,4
45-64 ans	23,8	22,2	48,3	44,0	16,2	22,5	11,8	11,3
65 ans et plus	26,6	27,8	50,1	44,4	21,3	26,0	2,0**	1,9**
Total	23,3	22,9	42,3	40,7	18,3	21,5	16,2	14,9
Femmes								
15-24 ans	37,8	27,4	42,7	45,0	18,1	25,0	1,5**	2,6*
25-44 ans	26,0	25,9	56,7	54,5	15,5	16,3	1,9*	3,3
45-64 ans	18,5	20,2	60,7	59,9	19,0	17,5	1,8*	2,4*
65 ans et plus	25,6	25,7	58,9	57,5	14,5	16,4	1,0**	0,4**
Total	26,4	24,5	55,2	55,0	16,8	18,1	1,7	2,5
Sexes réunis								
Total	24,9	23,7	48,9	48,0	17,5	19,8	8,7	8,6

1. Niveaux 1 à 4 : augmentation des exigences physiques associées au travail (voir détails à la section sur les aspects méthodologiques [7.1]).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La comparaison avec les données de l'enquête *Santé Québec 1987* permet de constater que, dans l'ensemble, les résultats sont similaires. Néanmoins, on relève une augmentation de la proportion de la population au niveau 3 (18 % c. 20 %) entre les deux enquêtes, et ce niveau comporte des exigences physiques assez appréciables. L'analyse des résultats selon le sexe fait ressortir également cette tendance, bien qu'elle ne soit significative, statistiquement, que dans le cas des hommes (18 % c. 22 %). Finalement, en très grande majorité, les personnes dont le travail ou l'occupation principale est physiquement très exigeant (niveau 4) sont des hommes (15 % c. 2,5 %), mais on retrouve, en proportion, autant d'hommes que de femmes au niveau le moins élevé (niveau 1) d'exigence physique (23 % et 25 %).

L'analyse des résultats selon l'âge et le sexe fait ressortir certaines variations. Dans le cas des hommes, la proportion d'individus se situant au niveau le plus faible d'exigence physique (niveau 1) demeure

assez stable, quel que soit l'âge. En ce qui concerne les trois autres niveaux, on relève des variations importantes avec l'âge. Le niveau 2 connaît une augmentation de la proportion d'individus entre les 15-24 ans et les 45-64 ans (34 % c. 44 %) et demeure semblable par la suite. Le niveau 3, pour sa part, voit diminuer la proportion d'individus entre les 15-24 ans et les 25-44 ans (24 % c. 19 %), avant de remonter chez les 65 ans et plus (19 % c. 26 %). Quant au niveau 4, on note une diminution importante de la proportion de la population à partir des 25-44 ans, laquelle se poursuit jusqu'au groupe des 65 ans et plus inclusivement (19 % c. 11 % c. 2 %). La comparaison avec les données de 1987, dans l'ensemble, ne laisse pas entrevoir de variations importantes chez les hommes. Cependant, on observe une tendance à l'augmentation pour le niveau 3, mais cette variation n'est significative, statistiquement, que chez les 45-64 ans (16 % c. 23 %).

On observe aussi, chez les femmes (tableau 7.6), des variations selon l'âge. On remarque une diminution de

la proportion de femmes entre les 15-24 ans et les 45-64 ans (27 % c. 20 %) pour le niveau 1, suivie d'une augmentation (20 % c. 26 %). Le niveau 2 voit la proportion d'individus augmenter entre les 15-24 ans et les 25-44 ans (45 % c. 55 %) et demeurer stable par la suite. On observe une diminution entre les 15-24 ans et les 25-44 ans (25 % c. 16 %) pour le niveau 3, mais aucune autre pour les groupes d'âge supérieurs. Finalement, le niveau 4 conserve des pourcentages comparables pour les trois premiers groupes d'âge et diminue par la suite, à l'âge de la retraite (2,4 % c. 0,4 %).

La comparaison avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987*, globalement, ne fait pas ressortir un grand nombre de variations. Néanmoins, on observe une diminution importante de la proportion de femmes au niveau 1 chez les 15-24 ans (38 % c. 27 %). Pour ce même groupe d'âge, une tendance à l'augmentation est relevée pour les niveaux supérieurs, avec une variation significative dans le cas du niveau 3 (18 % c. 25 %). Ainsi, pour les femmes comme pour les hommes, les résultats de 1987 et de 1998 demeurent comparables, à l'exception des femmes de 15 à 24 ans et des hommes de 45 à 64 ans, chez lesquels la proportion de la population dont le travail ou l'occupation principale requiert un certain niveau d'exigence physique a augmenté.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats concernant l'activité physique de loisir font ressortir qu'environ le quart (26 %) des personnes de 15 ans et plus sont suffisamment actives (trois fois par semaine et plus au cours d'une période de trois mois) pour en retirer des bénéfices importants pour leur condition physique et, de manière plus globale, pour leur santé. Cependant, environ cinq personnes sur dix (48 %) ne pratiquent pas ce type d'activité physique de loisir sur une base hebdomadaire, ce qui laisse encore place à des gains substantiels. Cette proportion est d'environ six personnes sur dix (59 %) chez les moins scolarisées.

La comparaison avec les données de 1992-1993 montre une augmentation pour la fréquence « aucune fois », donc une diminution de pratique, laquelle se concentre exclusivement chez les hommes (25 % c. 28 %). Ce phénomène de diminution, même s'il peut varier d'un pays à l'autre, ne semble pas exclusif au Québec (Stephens, 1998).

Les résultats selon l'âge et le sexe montrent que la pratique à une fréquence de trois fois et plus par semaine au cours d'une période de trois mois est à son plus bas lorsque les obligations familiales et professionnelles prennent une place prépondérante (25-44 ans), avant de remonter par la suite, plus particulièrement dans le cas des hommes. Cependant, l'augmentation constante avec l'âge de la fréquence « aucune fois », tant pour les hommes que pour les femmes, laisse entrevoir un abandon progressif pour une partie importante de la population. Également, on observe un certain plafonnement et même une diminution entre 1992-1993 et 1998 de la pratique pour les groupes d'âge supérieurs (45 ans et plus), un phénomène plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

Même si l'intention de pratique à moyen terme (un an) demeure très majoritairement positive (certainement et probablement oui : 76 %), elle a connu un glissement vers la portion négative du continuum entre 1992-1993 et 1998 (probablement non : 6 % c. 8 %). Dans le cas des hommes de 65 ans et plus, c'est même la proportion de ceux ayant une intention ferme (certainement) de pratique qui a diminué de manière assez importante (45 % c. 36 %), ce qui n'augure pas très bien lorsqu'on observe l'évolution du niveau de pratique entre 1992-1993 et 1998 pour ce groupe d'âge. Il serait utile, dans le cas des hommes, d'analyser plus en détail ce phénomène.

Les gains enregistrés par quatre des cinq activités les plus populaires peuvent paraître paradoxaux mais il faut tenir compte du critère retenu, soit une pratique d'au moins une fois sur une période de 12 mois. De plus, la marche, qui est l'activité qui apporte la contribution la plus importante à la pratique régulière d'activité physique durant les temps libres (Nolin,

Prud'homme et Godbout, 1996), a perdu une certaine proportion d'adeptes au cours des dernières années, lorsqu'on compare avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec, 1995). Finalement, les résultats sur l'activité physique de travail indiquent que la très grande majorité (72 %), comme on pouvait s'y attendre, se situe aux deux niveaux inférieurs d'exigence physique. Cependant, plus du quart (28 %) des personnes de 15 ans et plus rapportent encore, en 1998, un volume appréciable d'activité physique au travail, ce qui peut aller à l'encontre de la perception générale. De plus, ces résultats laissent voir une certaine augmentation du pourcentage d'individus dont le travail ou l'activité principale comporte des exigences physiques assez élevées, entre 1987 et 1998, du moins pour les hommes de 45 à 64 ans et les femmes de 15 à 24 ans. La contribution potentielle de l'activité physique de travail au niveau global d'activité physique d'un individu, délaissée durant les dernières décennies, devrait faire l'objet d'études plus approfondies.

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats exposés dans le présent chapitre font ressortir l'importance de poursuivre, sinon d'intensifier, les efforts de promotion de la pratique d'activité physique. En effet, même s'ils sont partiels, les indicateurs retenus montrent une diminution de la pratique d'activité physique de loisir entre les deux enquêtes, ce que semblent confirmer les analyses préliminaires d'une enquête plus détaillée sur ce même sujet (Kino-Québec, 2000; Nolin, Prud'homme et Godin, 2001).

Le glissement de l'intention de pratique vers la portion négative du continuum montre que la sensibilisation et l'éducation doivent demeurer une constante lorsqu'on parle de promotion de l'activité physique ou de promotion de la santé dans son ensemble. Les interventions, à ce chapitre, devraient être régulières et assez intensives, et viser certains groupes cibles, sans négliger les actions parallèles touchant l'environnement physique et organisationnel des individus.

Les activités de sensibilisation et d'éducation doivent aussi tenir compte, sans mettre complètement de côté les « modes », de la réalité de ce qu'il est possible et souhaitable de recommander selon le groupe d'âge auquel on s'adresse, tout en tenant également compte des conditions climatiques québécoises très variables d'une saison à l'autre. Concentrer toutes ses énergies à la promotion d'activités physiques extérieures, au Québec, ne serait sûrement pas la solution la plus efficace si on vise un maintien de la pratique tout au long de l'année, ou presque, pour le plus grand nombre possible d'individus.

Finalement, la disponibilité d'infrastructures adéquates (municipales, provinciales, nationales, scolaires, privées) est une condition importante de réussite, même si elle n'est pas la seule, lorsqu'on parle de la promotion de l'activité physique. Ici, nous faisons non seulement référence à l'existence d'installations et d'équipements mais, aussi, aux possibilités d'accès à ces infrastructures (horaires, transport, coûts, sécurité, etc.). La pratique de la marche, à cet égard, est un bon exemple. La disponibilité d'endroits sécuritaires, éclairés, de trottoirs déneigés et déglacés ou l'accès à un espace intérieur peuvent, pour plusieurs personnes, faire la différence entre aller marcher ou ne pas y aller.

Bibliographie

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1998). « The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 30, n° 6, p. 975-991.

AJZEN, I., et M. FISHBEIN (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood-Cliffs, New-Jersey, Prentice-Hall.

BOUCHARD, C., R. J. SHEPARD et T. STEPHENS (éd.) (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceeding and Consensus Statement*, Champaign, Human Kinetics, 1055 p.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA CONDITION PHYSIQUE DES QUÉBÉCOIS (1974). *Le rapport et les recommandations*, Québec, Haut-Commissariat à la jeunesse, aux loisirs et aux sports, 303 p.

DISHMAN, R. K. (1994). « Introduction: Consensus, problems, and prospects » dans DISHMAN, R. K. (éd.), *Advances in Exercise Adherence*, Champaign, IL, Human Kinetics, p. 1-27.

GIONET, N. J., et G. GODIN (1989). « Self-reported exercise behavior of employees: A validity study », *Journal of Occupational Medicine*, n° 31, p. 969-973.

GODIN, G., et G. KOK (1996). « The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behavior », *American Journal of Health Promotion*, vol. 11, n° 2, p. 87-98.

KINO-QUÉBEC (2000). *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

LEVASSEUR, M. (1987). *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, Montréal, Santé Québec, p. 46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et G. GODIN (2001). *Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Montréal, Institut de la statistique du Québec et Kino-Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, (à paraître).

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, Monographie n° 5, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec, 107 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 337 p.

STEPHENS, T. (1998). « International trends in the prevalence of physical activity and other health determinants », présentation au *congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive (FIMS)* à Orlando (Floride).

U. S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U. S., Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

VALOIS, P., G. GODIN et R. BERTRAND (1992). « The reliability of constructs derived from attitude-behaviour theories: An application of the generalizability theory in the health sector », *Quality and Quantity*, n° 26, p. 291-305.

Chapitre 8

Poids corporel

Marielle Ledoux

Département de nutrition
Université de Montréal

Michèle Rivard

Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Introduction

Plusieurs études ont démontré l'impact relatif du poids corporel sur le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains types de cancer (Santé et Bien-être social Canada, 1988a; Reeder, 1996; Canadian Heart Health Surveys Research Group [CHHSRG], 1997; Lean et autres, 1999). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport « Obesity: Preventing and managing the global epidemic », fait état de l'évolution pondérale qui suit une courbe ascendante, et ce, dans toutes les régions du monde (OMS, 1998). Dans l'enquête canadienne sur la santé du cœur (CHHSRG), on notait que le risque associé à l'excès de poids est de 1,23 pour le diabète, de 1,68 pour l'hypertension et de 1,5 pour le ratio cholestérol total/HDL (Ledoux et autres, 1997). Le niveau de risque augmentait pour tous ces problèmes de santé ou facteurs de risque lorsqu'il y avait aussi présence d'obésité abdominale ou androïde. À l'autre extrême de la courbe de poids, certains problèmes de santé sont associés à la perte de poids, à l'observance de régimes amaigrissants non appropriés et à l'insuffisance de poids, notamment les carences alimentaires, la fatigue chronique, l'hypertension, les troubles du rythme cardiaque, la dépression, la détresse psychologique, l'anémie et la diarrhée (Santé et Bien-être social Canada, 1988b). De plus, un poids insuffisant peut être attribuable à diverses causes, soit qu'il masque un problème de santé sous-jacent (cancer, désordres alimentaires, etc.), soit qu'il est le résultat de certaines habitudes de vie ou de comportements problématiques tels qu'une alimentation insuffisante ou déficiente ou le tabagisme. Bien entendu, certaines personnes ont une physionomie

ectomorphe naturelle. Dans le même ordre d'idées, le désir de changer de poids demeure un élément important à étudier dans une population. En effet, même si dans certains cas les motifs invoqués pour désirer une perte ou un gain de poids peuvent être adéquats, ils peuvent aussi s'avérer problématiques, surtout lorsque les modifications désirées sont importantes et qu'un facteur esthétique plutôt que sanitaire est en cause (OMS, 1998; Santé et Bien-être social Canada, 1988a et 1988b).

Même si on accorde de plus en plus d'importance à la distribution de la masse adipeuse, l'indice de masse corporelle (IMC) demeure un indicateur valide pour vérifier l'atteinte d'un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) qui a trait aux problèmes de santé et aux facteurs de risque associés à l'excès de poids comme l'hypertension, l'hyperlipémie, le diabète et des types particuliers de cancer. Enfin, l'analyse de cet indice en fonction des caractéristiques socio-économiques et de certaines habitudes de vie permet de mieux décrire les populations susceptibles de présenter un excès ou une insuffisance de poids, notamment selon les niveaux de scolarité et de revenu et selon certaines habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme) (CHHSRG, 1997).

Pour des fins de comparaison avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, l'indice de masse corporelle est d'abord présenté selon trois grandes catégories de poids définies pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus, soit le poids insuffisant, le poids acceptable et l'excès de poids. Suit une description détaillée de chacune de ces catégories de poids (six classes) pour

les personnes de 20 à 64 ans selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques socioéconomiques.

Sont propres à l'*Enquête sociale et de santé 1998* les analyses portant sur le désir de changer de poids selon le sexe et l'âge, de même que selon l'importance du changement désiré et les raisons invoquées pour maigrir. Cette analyse est faite pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus selon les trois grandes catégories de poids. Le désir de changer de poids est aussi présenté plus spécifiquement chez les 20-64 ans selon le sexe et les catégories d'indice de masse corporel. La perception de l'état de santé est analysée chez les 20-64 ans en fonction de l'indice de masse corporelle divisé en six catégories de poids. Les habitudes tabagiques, la pratique d'activités physiques et la présence d'un problème de santé de longue durée sont finalement analysées dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus en fonction des trois grandes catégories de poids corporel.

8.1 Aspects méthodologiques

8.1.1 Indicateurs

Comme dans les enquêtes générales précédentes de Santé Québec, les deux indicateurs de base retenus pour l'analyse des données relatives au poids sont l'indice de masse corporelle (IMC) et le désir de modifier son poids. Ces indicateurs proviennent de la section II - Votre poids du questionnaire autoadministré (QAA), qui contient des questions sur la grandeur (QAA2), sur le poids (QAA3) de même que sur le désir de changer de poids (QAA4), le poids désiré (QAA5) et les raisons invoquées pour changer de poids (QAA6).

L'indice de masse corporelle permet d'évaluer le poids corporel total sans distinguer la masse maigre et la masse adipeuse¹. Cet indice est dérivé du rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). C'est donc à partir de la grandeur et du poids déclarés par les répondants que l'indice de masse corporelle est calculé. Les seuils retenus ici pour les catégories de poids sont tirés de trois sources : l'OMS (1998), le rapport d'un groupe d'experts des normes pondérales (Santé et Bien-être social Canada, 1988a) et Payette et autres (1994) (schéma 8.1). Ces seuils définis par l'OMS ont été initialement développés pour des individus en bonne santé âgés de 20 à 64 ans qui ne présentent pas de condition physiologique particulière. Ils ne s'appliquent donc pas aux femmes enceintes ou allaitantes. Les femmes enceintes (QAA184), qui représentent environ 1 % de la population totale de 15 ans et plus (2 % de la population féminine), ont donc été exclues de l'ensemble des résultats présentés dans ce chapitre; l'information sur les femmes allaitantes n'est pas disponible dans la présente enquête. La catégorisation du poids selon l'indice de masse corporelle permet de mieux cerner les populations susceptibles de présenter une insuffisance ou un excès de poids.

Une nouvelle question a été introduite dans la présente enquête afin de mieux documenter le désir de changer de poids de la population. En effet, contrairement à l'enquête de 1992-1993, dans le cadre de laquelle on se limitait à demander le poids corporel souhaité, une question a été ajoutée pour savoir si les gens désiraient ou non changer de poids (QAA4). De la même façon, une série de questions cherchant à déterminer les raisons invoquées pour changer de poids ont été introduites (QAA6a à QAA6f).

¹ Le rapport tour de taille/tour de hanche ou le tour de hanche seul doivent être utilisés pour obtenir une estimation de la répartition de la masse grasseuse. Les informations disponibles dans la présente enquête ne permettent pas de faire cette distinction.

Schéma 8.1

Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge, population de 15 ans et plus, Enquête sociale et de santé 1998

	15-19 ans	20-64 ans	65-80 ans	81 ans et plus
Poids insuffisant	< 19	< 20	< 24	< 24
Poids acceptable	≥ 19 à < 25	≥ 20 à < 27	≥ 24 à < 27	≥ 24 à < 29
Poids santé	...	≥ 20 à < 25	...	...
Début d'excès de poids	...	≥ 25 à < 27	...	...
Excès de poids	≥ 25	≥ 27	≥ 27	≥ 29
Embonpoint	...	≥ 27 à < 30	...	...
Obésité	...	≥ 30 à < 35	...	...
Obésité sévère	...	≥ 35	...	...

Sources : Payette et autres, 1994; Santé et Bien-être social Canada, 1988a; OMS, 1998.

Comme dans les enquêtes précédentes, le désir de changer de poids est estimé à partir du poids désiré et du poids actuel déclaré par le répondant. Un poids actuel supérieur au poids désiré signifie que la personne veut maigrir, alors qu'un poids actuel inférieur au poids désiré manifeste un désir d'engraisser. Le degré de la diminution de poids désirée est établi en calculant le rapport entre le poids actuel déclaré par la personne et le poids désiré. Lorsque le rapport se situe entre 1 et 1,1, la perte de poids désirée est considérée légère – soit inférieure à 10 % du poids actuel – alors qu'un rapport égal ou supérieur à 1,1 indique le désir d'une forte diminution de poids. Lorsque le rapport est plus grand que 0,9 et plus petit que 1, l'augmentation de poids désirée est considérée légère – soit de moins de 10 % du poids actuel – alors qu'un rapport égal ou inférieur à 0,9 est l'indice d'une forte augmentation de poids désirée.

Le degré de diminution et d'augmentation de poids a aussi été calculé à l'aide de l'indice de masse corporelle. Lorsque le calcul selon le poids indique un désir de maigrir, l'indice de masse corporelle désiré est soustrait de l'indice de masse corporelle actuel : une valeur inférieure ou égale à 3 indique qu'une légère diminution de poids est souhaitée, alors qu'elle est qualifiée de forte si cette valeur est supérieure à 3. Lorsque le calcul selon le poids indique un désir de prendre du poids, l'indice de masse corporelle actuel est soustrait de l'indice de masse corporelle désiré : une valeur inférieure ou égale à 3 est qualifiée de

légère augmentation souhaitée et on considère comme un désir de forte augmentation une valeur supérieure à 3.

Les indicateurs des caractéristiques socio-économiques utilisés sont la scolarité relative et le niveau de revenu. Les variables sur la perception de la santé (QAA1), les habitudes tabagiques (QAA20 et QAA25) et la fréquence de la pratique d'une activité physique durant les temps libres (QAA12) proviennent toutes du questionnaire autoadministré, tandis que celles décrivant la présence d'un problème de santé de longue durée, soit le cancer, le diabète, l'hypertension et une maladie du cœur, proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI79, QRI81, QRI86 et QRI87). La fréquence de pratique d'une activité physique durant les temps libres a été divisée en trois classes : aucune à trois fois par mois, une à deux fois par semaine et trois fois et plus par semaine.

8.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

L'utilisation dans l'enquête de 1998 de l'indice de masse corporelle comme indicateur principal, tel que cela a été fait lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, permet de suivre l'évolution du poids corporel de la population en fonction de l'âge et du sexe. Pour pouvoir comparer les résultats et évaluer les tendances entre les trois enquêtes, on a calculé l'indice de masse corporelle des données de l'*Enquête Santé Québec 1987* et celui de l'*Enquête sociale et de*

santé 1992-1993 chez les personnes de 65 ans et plus en appliquant les nouveaux seuils proposés par Payette et autres (1994).

Les questions portant sur les préoccupations de la population associées au poids – désir de maintien, de perte ou de gain de poids – ont été améliorées en 1998 par l'introduction d'une question plus précise sur le désir de changer de poids. De ce fait, on ne peut effectuer la comparaison avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* en ce qui concerne le désir de changer de poids. De plus, compte tenu des changements apportés dans la question, on prévoit que les proportions observées dans la présente enquête pour cette variable seront plus proches de la réalité que celles de 1992-1993.

Se sont ajoutées aussi dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* des questions portant sur les motifs invoqués pour désirer changer de poids. En plus de ces changements, de nouvelles variables d'analyse ont été utilisées telles, la présence de certains problèmes de santé chroniques, la perception de l'état de santé, le niveau d'activité physique et le tabagisme. Ces données permettent de mieux orienter les interventions vers les groupes les plus à risque de développer des problèmes de santé liés au poids corporel.

8.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle pour l'indice de masse corporelle est inférieur à 5 % et il est de l'ordre de 3 % pour le désir de changer de poids. L'analyse de la non-réponse partielle pour l'indice du désir de changer de poids indique que la proportion de non-répondants est semblable chez les hommes et les femmes, alors qu'elle varie peu pour les différents groupes d'âge, allant de 2 % à 5 %. Le taux de non-réponse partielle pour les motifs invoqués pour désirer changer de poids est inférieur à 3 %.

Comme c'était le cas dans les deux enquêtes précédentes, l'indice de masse corporelle ne permet pas de distinguer les personnes qui font de l'embonpoint des personnes à forte musculature et des athlètes qui pratiquent des sports d'endurance.

8.2 Résultats

8.2.1 Indice de masse corporelle

Population de 15 ans et plus

En 1998, près de 60 % des hommes et des femmes se classent dans la catégorie poids acceptable (tableau 8.1). Pour tous les groupes d'âge de moins de 65 ans, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à se situer dans la catégorie poids insuffisant (proportions variant entre 2,4 % et 11 % chez les hommes et entre 6 % et 21 % chez les femmes). Toutefois, pour ces mêmes groupes d'âge, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se situer dans la catégorie excès de poids (proportions variant entre 20 % et 41 % chez les hommes et entre 12 % et 31 % chez les femmes). Chez les hommes comme chez les femmes, on note une proportion significativement plus élevée de personnes se situant dans la catégorie poids insuffisant dans le groupe de 65 ans et plus que dans les autres groupes d'âge (plus de 33 % chez les hommes de 65 ans et plus c. moins de 11 % chez les autres groupes d'âge; plus de 38 % chez les femmes de 65 ans et plus c. moins de 21 % chez les autres groupes d'âge).

Tableau 8.1

Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Poids insuffisant		Poids acceptable		Excès de poids	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998	1992-1993	1998
%						
Hommes						
15-19 ans	14,3	11,0	65,5	69,2	20,2	19,9
20-44 ans	5,9	5,6	68,6	64,4	25,5	30,0
45-64 ans	2,4*	2,4*	60,0	56,7	37,6	40,9
65-80 ans	34,7	32,7	34,6	34,2	30,7	33,1
81 ans et plus	47,4	45,4	42,4	47,1	10,2**	7,5**
Total	8,9	8,6	62,5	59,1	28,6	32,4
Femmes						
15-19 ans	20,3	21,2	65,0	66,8	14,7	12,0
20-44 ans	21,0	18,3	64,0	63,1	15,1	18,6
45-64 ans	9,0	6,4	62,8	62,8	28,1	30,8
65-80 ans	41,6	37,7	26,2	27,5	32,2	34,8
81 ans et plus	53,9	44,4	34,3	40,9	11,8**	14,8*
Total	20,8	18,2	58,4	58,0	20,8	23,8
Sexes réunis						
Total	14,9	13,4	60,4	58,5	24,7	28,1
Pe '000	...	778	...	3 374	...	1 617

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

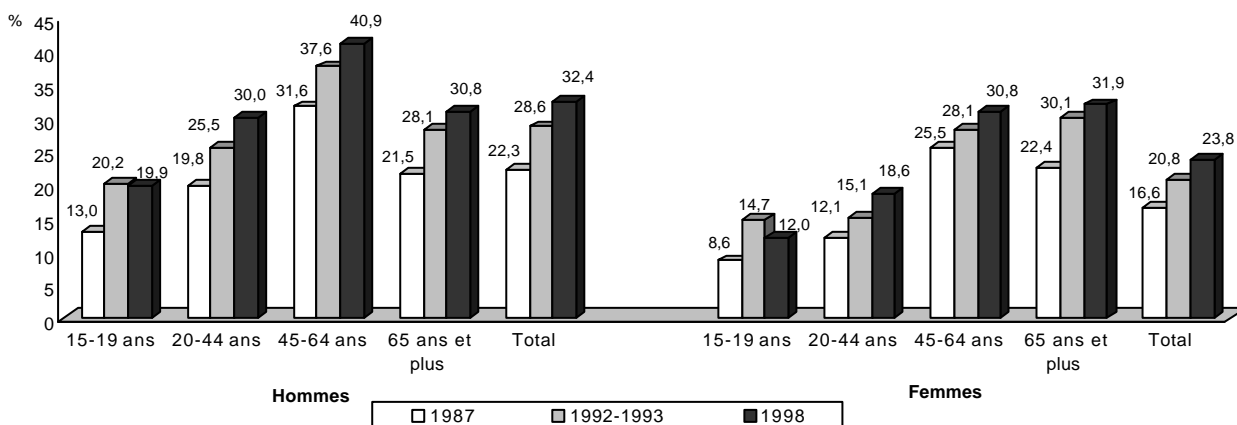
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La proportion de personnes se classant dans la catégorie excès de poids semble progresser depuis l'enquête *Santé Québec 1987* pour tous les groupes d'âge sauf pour celui des 15-19 ans, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (figure 8.1). Par ailleurs, chez les femmes de 15 à 19 ans, la proportion

de celles qui se classent dans la catégorie excès de poids a subi une baisse, passant de 15 % en 1992-1993 à 12 % en 1998. Chez les hommes de 15 à 19 ans, la proportion s'est maintenue à 20 % entre les deux enquêtes.

Figure 8.1

Excès de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Population de 20 à 64 ans

Les résultats de l'enquête permettent d'estimer qu'environ la moitié des femmes de 20 à 54 ans se positionnent dans la catégorie poids santé, et ce, peu importe leur âge, alors que cette proportion est d'environ 40 % parmi la population masculine (tableau 8.2). Seuls les hommes de 20 à 24 ans se classent dans la catégorie poids santé dans une proportion se situant au-delà de 50 % (54 %).

Par ailleurs, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes se situe dans la catégorie poids insuffisant (14 % c. 4,4 %) (tableau 8.2). L'insuffisance de poids est cependant associée à l'âge. En effet, la proportion d'hommes et de femmes se situant dans cette catégorie diminue avec l'âge, passant de 10 % à 2,5 % entre les hommes de 20 à 24 ans et ceux de 55 à 64 ans et de 25 % à 5,3 % entre les femmes de 20 à 24 ans et celles de 55 à 64 ans. À l'inverse, proportionnellement plus d'hommes que de femmes se classent dans la grande catégorie excès de poids

(34 % c. 24 %), telle que la définit un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 27. La catégorie obésité sévère regroupe environ 3 % de la population, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

L'indice de masse corporelle est également associé à la scolarité relative et au niveau de revenu (tableau 8.3). Ainsi, la proportion de personnes dans la catégorie excès de poids (catégories embonpoint, obésité et obésité sévère réunies) diminue à mesure que le niveau de scolarité augmente (33 % à 24 %) et la proportion de personnes se situant dans la catégorie poids insuffisant diminue avec l'augmentation du niveau de revenu (13 % à 7 %). Cependant, les résultats de l'enquête n'ont pas permis de mettre en évidence de différences selon le niveau de revenu pour les personnes dans la catégorie excès de poids ni de différences selon la scolarité relative chez celles se classant dans la catégorie poids insuffisant. Ces résultats sont similaires aux résultats obtenus en 1992-1993.

Tableau 8.2

Indice de masse corporelle selon le sexe et l'âge, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Poids insuffisant	Poids acceptable		Excès de poids		
		Poids santé	Début d'excès de poids	Embonpoint	Obésité	Obésité sévère
%						
Hommes						
20-24 ans	9,6*	53,8	18,0	9,2*	8,2*	1,2**
25-34 ans	5,9	43,7	19,9	17,9	10,2	2,4*
35-44 ans	3,9	38,4	24,1	21,7	9,4	2,5*
45-54 ans	2,3*	33,9	23,3	24,0	12,9	3,6*
55-64 ans	2,5**	32,7	23,3	25,5	12,7	3,3*
Total	4,4	39,4	22,2	20,6	10,8	2,7
Femmes						
20-24 ans	25,0	53,1	9,5*	6,0*	4,3**	2,1**
25-34 ans	20,4	51,9	10,0	8,0	7,3	2,3
35-44 ans	14,5	53,0	11,2	10,3	7,9	3,2*
45-54 ans	7,2	50,0	14,2	15,6	9,7	3,4*
55-64 ans	5,3*	42,7	18,1	17,0	11,9	5,0*
Total	13,5	50,4	12,6	11,8	8,5	3,2
Sexes réunis						
Total	8,9	44,8	17,5	16,3	9,7	3,0
Pe '000	395	1 993	773	719	427	131

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 8.3

Indice de masse corporelle selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Poids insuffisant	Poids acceptable		Excès de poids		
		Poids santé	Début d'excès de poids	Embonpoint	Obésité	Obésité sévère
%						
Scolarité relative						
Plus faible	9,3	41,6	16,5	16,0	12,3	4,3
Faible	9,1	43,3	17,6	15,8	10,5	3,7
Moyenne	9,5	45,4	17,8	15,9	8,6	2,8*
Élevée	8,1	43,1	17,9	19,1	9,5	2,4*
Plus élevée	8,5	50,2	17,7	14,4	7,7	1,6*
Niveau de revenu						
Très pauvre	12,9	43,0	14,0	14,3	10,8	5,0*
Pauvre	12,5	40,5	15,7	16,3	10,5	4,5*
Moyen inférieur	8,6	45,9	17,1	15,4	10,1	3,0
Moyen supérieur	8,1	44,9	17,9	16,9	9,5	2,7**
Supérieur	7,2	45,9	20,1	17,4	7,8	1,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

8.2.2 Désir de changer de poids

Population de 15 ans et plus

Les hommes sont généralement plus satisfaits de leur poids que les femmes puisque 58 % d'entre eux expriment le désir de maintenir leur poids actuel alors que seulement 44 % des femmes manifestent le même souhait (tableau 8.4). Cette proportion passe à près de 80 % chez les personnes de 81 ans et plus, et ce, pour les hommes comme pour les femmes. Ce sont principalement les hommes plus jeunes, soit ceux de 15 à 24 ans (entre 18 % et 20 %) et, dans une moindre mesure, ceux de 25 à 34 ans (11 %), qui expriment le désir de prendre du poids. La proportion de femmes qui manifestent le désir de prendre du poids semble peu élevée (2,5 %), et ce, pour tous les groupes d'âge. En ce qui concerne le désir de perdre du poids, chez les femmes, peu importe l'âge, la proportion est d'au moins 50 % sauf pour celles de 65 ans et plus, chez qui il y a une légère diminution. Au total, environ la moitié des femmes désirent perdre du poids (53 %) comparativement à environ le tiers des hommes (34 %).

Tableau 8.4

Désir de changer de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Maintien	Diminution	Augmentation
	%		
Hommes			
15-19 ans	66,8	14,9	18,3
20-24 ans	54,6	25,3	20,1
25-34 ans	56,0	33,5	10,5
35-44 ans	57,7	37,6	4,7
45-54 ans	52,7	44,9	2,4*
55-64 ans	58,9	38,7	2,4**
65-80 ans	65,4	32,1	2,6**
81 ans et plus	79,9	14,3**	5,8**
Total	58,3	34,3	7,4
Femmes			
15-19 ans	43,0	54,6	2,5**
20-24 ans	39,7	58,9	1,4**
25-34 ans	39,3	57,0	3,6*
35-44 ans	43,3	54,5	2,2*
45-54 ans	42,2	55,8	2,1*
55-64 ans	43,8	54,2	2,0**
65-80 ans	51,5	45,2	3,3*
81 ans et plus	80,3	17,4*	2,4**
Total	44,2	53,3	2,5
Sexes réunis			
Total	51,2	43,9	4,9
Pe '000	2 955	2 529	284

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Population de 20 à 64 ans

Environ 80 % des hommes et 52 % des femmes qui se classent dans la catégorie poids santé désirent maintenir leur poids (tableau 8.5). Par ailleurs, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes dans cette même catégorie de poids désire diminuer son poids (47 % c. 10 %). Quoique cette variable ait été analysée en 1992-1993, elle ne peut être comparée aux résultats de la présente enquête étant donné que la question a été modifiée entre les enquêtes.

Parmi les personnes se classant dans la catégorie poids insuffisant, 60 % des hommes et 76 % des femmes désirent maintenir leur poids, 39 % des hommes et 15 % des femmes souhaitent prendre du poids tandis que 1,6 % des hommes et 9 % des femmes désirent une perte de poids. Enfin, c'est lorsqu'il se classent dans une catégorie de poids supérieure à celle du poids santé que la proportion d'hommes et de femmes qui désirent perdre du poids est la plus élevée (proportions variant entre 38 % et 86 % c. 10 % chez les hommes et variant entre 79 % et 93 % c. 47 % chez les femmes). Au total, 56 % des femmes désirent perdre du poids tandis que 37 % des hommes le souhaitent.

Tableau 8.5
Désir de changer de poids selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Maintien	Diminution %	Augmentation
Hommes			
Poids insuffisant	59,6	1,6**	38,8
Poids acceptable			
Poids santé	79,5	9,5	11,1
Début d'excès de poids	59,7	38,2	2,1*
Excès de poids			
Embonpoint	33,9	65,4	0,7**
Obésité	15,9	83,0	1,1**
Obésité sévère	13,6*	86,4	–
Total	56,1	37,1	6,8
Femmes			
Poids insuffisant	75,8	8,9	15,4
Poids acceptable			
Poids santé	52,2	47,2	0,6**
Début d'excès de poids	21,3	78,7	–
Excès de poids			
Embonpoint	11,3	88,7	–
Obésité	12,0*	88,0	–
Obésité sévère	7,2**	92,8	–
Total	41,8	55,9	2,4
Sexes réunis			
Total	49,1	46,3	4,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

8.2.3 Degré de changement de poids désiré et raisons invoquées pour maigrir – population de 15 ans et plus

Parmi les hommes et les femmes dans la catégorie poids acceptable qui désirent perdre du poids, une plus grande proportion de personnes souhaite une diminution légère (selon le rapport entre le poids actuel et le poids désiré) plutôt qu'une diminution plus importante (78 % et 53 % c. 23 % et 47 %) (tableau 8.6). Les hommes comme les femmes désirent une perte de poids plus marquée lorsqu'ils se situent dans la catégorie excès de poids (68 % et 90 % respectivement, selon le rapport des poids). Par contre, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à désirer un important gain de poids, et ce, surtout lorsqu'ils se classent dans la catégorie poids insuffisant (46 % c. 14 %). Parmi les femmes désirent prendre du poids, la proportion de celles souhaitant un gain de poids léger n'est pas significativement différente selon la catégorie de poids dans laquelle elles se classent, et ce, même dans celle d'insuffisance de poids (86 %, 81 % et 100 %).

Les raisons invoquées pour maigrir parmi l'ensemble des personnes désirent perdre du poids sont principalement « pour être en meilleure santé » ou « pour améliorer l'apparence », et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 8.7). Ces deux raisons sont mentionnées dans des proportions comparables chez les hommes, indépendamment de leur catégorie de poids (59 % à 80 % pour l'apparence c. 64 % à 85 % pour la santé), alors que l'apparence est une raison plus souvent identifiée que la santé chez les femmes (82 % à 91 % pour l'apparence c. 44 % à 82 % pour la santé). Ensuite, viennent diverses raisons d'ordre médical, par exemple les problèmes de cholestérol, d'hypertension ou de diabète.

Tableau 8.6

Degré de diminution ou d'augmentation du poids désirée selon le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus désirent un changement de poids, Québec, 1998

	Degré de diminution				Degré d'augmentation			
	Selon le poids		Selon l'IMC		Selon le poids		Selon l'IMC	
	Légère	Forte	Légère	Forte	Légère	Forte	Légère	Forte
%								
Hommes								
Poids insuffisant	60,9*	39,1**	75,4	24,6	18,9*	81,1	54,5	45,5
Poids acceptable	77,5	22,5	90,3	9,7	56,7	43,3	73,9	26,1
Excès de poids	32,2	67,8	42,0	58,0	63,4*	36,7**	61,2**	38,9**
Total	47,4	52,6	58,2	41,8	46,4	53,6	68,1	31,9
Femmes								
Poids insuffisant	75,9	24,2*	96,0	4,0	56,9	43,1	85,7	14,3*
Poids acceptable	53,3	46,7	75,5	24,5	62,7*	37,3**	80,9	19,1**
Excès de poids	10,1	89,9	15,3	84,7	100,0	–	100,0	
Total	37,6	62,4	53,3	46,7	57,6	42,4	85,2	14,8
Sexes réunis								
Total	41,4	58,6	55,2	44,8	49,3	50,7	72,6	27,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 8.7

Raisons invoquées pour maigrir selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus désirant une diminution de poids, Québec, 1998

	Être en meilleure santé	Traiter problème d'hypertension	Traiter problème de cholestérol	Traiter problème de diabète	Améliorer l'apparence	Autre
	%					
Hommes						
Poids insuffisant	64,3*	64,5*	51,6**	17,2**	58,6*	23,1**
Poids acceptable	78,5	11,1	16,4	4,0	76,6	13,6
Excès de poids	85,3	18,6	22,9	8,1	80,0	12,0
Total	82,9	16,5	21,0	6,9	78,7	12,6
Femmes						
Poids insuffisant	44,0	18,4	12,5	4,6**	82,0	17,8
Poids acceptable	59,1	7,4	8,4	1,9	91,0	11,9
Excès de poids	81,5	21,5	17,3	8,5	87,8	14,7
Total	67,1	13,1	11,9	4,5	89,4	13,2
Sexe réunis						
Total	73,2	14,4	15,4	5,4	85,3	13,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.**8.2.4 Variations selon la perception de l'état de santé – population de 20 à 64 ans**

Globalement, l'indice de masse corporelle est associé à la perception de l'état de santé. La proportion d'hommes qui qualifient leur état de santé d'excellent tend à être plus importante lorsqu'ils se classent dans les catégories poids santé ou début d'excès de poids que lorsqu'ils se situent dans celle d'excès de poids (22 % et 24 % c. 11 % à 18 %) (tableau 8.8). Chez les femmes, celles qui se situent dans les catégories poids insuffisant et poids santé sont proportionnellement plus nombreuses que celles se situant dans les catégories début d'excès de poids ou excès de poids à percevoir leur santé comme excellente (de 21 % et 24 % c. 7 % à 14 %).

8.2.5 Variations selon certaines habitudes de vie et la présence de problèmes de santé de longue durée – population de 15 ans et plus

L'indice de masse corporelle semble aussi être associé à l'usage du tabac et à la pratique d'activités physiques durant les temps libres. En ce qui concerne l'usage du tabac, les hommes et les femmes se situant dans la catégorie excès de poids sont proportionnellement plus nombreux que les personnes dans celle du poids acceptable à être d'anciens fumeurs (42 % c. 33 % chez les hommes; 35 % c. 31 % chez les femmes) (tableau 8.9). Par ailleurs, les hommes et les femmes dans la catégorie poids acceptable sont, en proportion, plus nombreux que les personnes dans la catégorie excès de poids à être des fumeurs réguliers (34 % c. 27 % chez les hommes; 30 % c. 23 % chez les femmes). La proportion de fumeuses régulières est plus importante chez les femmes se situant dans la catégorie poids insuffisant que chez celles se situant dans les catégories poids acceptable ou excès de poids (34 % c. 30 % et 23 %).

Tableau 8.8

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%			
Hommes				
Poids insuffisant	13,9*	35,3	37,6	13,2*
Poids acceptable				
Poids santé	23,5	39,1	30,1	7,3
Début d'excès de poids	22,0	40,8	29,6	7,6
Excès de poids				
Embonpoint	17,6	37,6	36,5	8,3
Obésité	10,8	33,5	41,9	13,8
Obésité sévère	11,5**	25,1*	37,5	25,9*
Femmes				
Poids insuffisant	23,8	33,2	34,4	8,6
Poids acceptable				6,6
Poids santé	20,9	41,0	31,5	9,5
Début d'excès de poids	14,3	38,1	38,0	9,5
Excès de poids				
Embonpoint	12,5	36,9	35,3	15,3
Obésité	6,8*	32,0	44,3	16,9
Obésité sévère	6,6**	32,1	35,4	25,9*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 8.9

Type de fumeurs selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier
	%			
Hommes				
Poids insuffisant	27,2	34,5	2,1**	36,2
Poids acceptable	28,7	33,3	4,2	33,9
Excès de poids	28,0	42,4	2,8	26,8
Femmes				
Poids insuffisant	34,3	27,3	4,0*	34,4
Poids acceptable	35,7	30,6	3,4	30,3
Excès de poids	38,4	35,2	3,0*	23,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Relativement à la pratique d'activités physiques durant les temps libres, les hommes et les femmes se situant dans la catégorie excès de poids sont proportionnellement plus nombreux à présenter un niveau faible

de pratique d'activités physiques de loisir (trois fois ou moins par mois) que les personnes dans la catégorie poids acceptable (53 % c. 43 % chez les hommes; 58 % c. 46 % chez les femmes) (tableau 8.10).

Tableau 8.10

Fréquence des activités physiques de loisir selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune à trois fois/mois	Une ou deux fois/semaine	Trois fois/ semaine et plus
	%		
Hommes			
Poids insuffisant	46,2	23,9	29,9
Poids acceptable	43,0	27,1	30,0
Excès de poids	53,0	23,5	23,5
Femmes			
Poids insuffisant	49,7	26,0	24,3
Poids acceptable	45,5	28,2	26,3
Excès de poids	57,5	23,0	19,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, chez les hommes comme chez les femmes, les résultats observés ne permettent pas de mettre en évidence une association entre la présence d'un problème de santé de longue durée et le poids corporel, sauf pour le diabète, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 8.11).

Tableau 8.11

Indice de masse corporelle selon le sexe et la présence d'un problème de santé de longue durée, population de 20 à 64 ans, Québec, 1998

	Poids insuffisant	Poids santé	Excès de poids
	%		
Hommes			
Cancer	27,8*	49,2	23,1**
Diabète	10,7*	38,7	50,7
Hypertension	13,5	34,9	51,6
Maladie du cœur	15,5	42,0	42,5
Femmes			
Cancer	18,4*	54,5	27,1*
Diabète	12,1*	31,7	56,2
Hypertension	17,0	39,7	43,3
Maladie du cœur	24,5	38,8	36,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

En 1998, près de 60 % de la population québécoise se situe dans la catégorie poids acceptable. Environ un homme sur trois (32 %) et une femme sur quatre (24 %) se classent dans celle de l'excès de poids, alors que près de 10 % des hommes et 20 % des femmes se retrouvent dans celle du poids insuffisant.

Dans l'enquête canadienne sur la santé du cœur (CHHSRG, 1997), l'indice de masse corporelle (IMC) moyen de la population était de 25,4. Quoique l'IMC moyen de la population québécoise estimé dans la présente enquête soit légèrement inférieur (25,0), il demeure préoccupant. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (1998) considère qu'un IMC moyen de 23 est optimal pour une population. De plus, Rose (OMS, 1998) a démontré qu'une hausse d'une unité de l'IMC au-delà de 23 se solde par une augmentation de prévalence de l'obésité de 4,7 % dans la population. Cette information devrait donc être retenue comme indicateur lors du suivi de l'état de santé de la population québécoise.

La comparaison des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* avec ceux des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993 indique une augmentation constante de la proportion de Québécoises et de Québécois se classant dans la catégorie excès de poids. Cependant, l'augmentation ne s'applique pas à

tous les groupes d'âge et particulièrement pas aux plus jeunes (15-19 ans), chez qui les proportions sont comparables entre 1992-1993 et 1998.

Cette tendance à l'augmentation de poids semble un phénomène international, comme en fait foi le dernier rapport de l'OMS (1998). La diminution de l'activité physique tant au travail que dans les moments de loisir est un fait de l'industrialisation qui explique partiellement cette tendance. Il faut aussi noter que l'enquête actuelle ne permettait pas de connaître la distribution de la masse graisseuse, un élément qu'il serait bon de considérer dans les enquêtes futures compte tenu de l'importance de ce facteur dans l'estimation des risques pour la santé (CHHSRG, 1997).

Parmi la population de 20 à 64 ans, le poids corporel est associé à l'âge et au sexe ainsi qu'à des caractéristiques socioéconomiques. Ainsi, globalement, les personnes les plus jeunes ainsi que les femmes sont moins nombreuses à se classer dans la catégorie excès de poids comparativement aux personnes de 45 ans et plus et aux hommes. À l'inverse, les plus jeunes et les femmes sont proportionnellement plus nombreux à se classer dans la catégorie poids insuffisant que les personnes plus âgées et les hommes. Par ailleurs, les résultats permettent de constater une association entre l'indice de masse corporelle et le niveau de scolarité et de revenu. Ainsi, les personnes les plus scolarisées sont proportionnellement moins nombreuses à se classer dans la catégorie excès de poids que celles qui sont les moins scolarisées, alors que la proportion de personnes se classant dans la catégorie poids insuffisant diminue lorsque le niveau de revenu augmente.

De manière générale, l'indice de masse corporelle est associé à la perception de l'état de santé, à l'usage du tabac et à la pratique d'activités physiques durant les temps libres. Ainsi, globalement, les personnes se situant dans la catégorie poids acceptable ou poids insuffisant sont proportionnellement plus nombreuses à évaluer leur état de santé comme excellent, à fumer régulièrement et à présenter un niveau plus élevé de pratique d'activités physiques de loisir que les personnes se situant dans la catégorie excès de poids.

Au total, la moitié des femmes et le tiers des hommes désirent perdre du poids, mais la perte de poids désirée est plus souvent légère que forte sauf en présence d'excès de poids. Plus de la moitié des hommes et des femmes se situant dans la catégorie poids santé désirent le maintenir. Ces résultats ne peuvent être comparés à ceux obtenus en 1992-1993 mais sont susceptibles de mieux identifier le désir de changer de poids que lors de l'enquête précédente, compte tenu de l'introduction d'une question plus précise dans l'enquête.

Deux éléments ressortent de l'analyse des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sur le poids corporel. En premier lieu, la courbe ascendante observée dans l'évolution pondérale de la population dans toutes les régions du monde par l'OMS s'applique aussi à la population québécoise. Cependant, le phénomène nord-américain de gain de poids pourrait être moins marqué au Québec, plus particulièrement parmi les personnes de 15 à 19 ans.

Il est intéressant de constater que la proportion de personnes désirent perdre du poids, surtout lorsqu'elles font partie de la catégorie poids acceptable, est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cependant, la perte de poids désirée est plutôt légère, pour les hommes comme pour les femmes de toutes les catégories d'âge et de poids. Les raisons invoquées pour vouloir perdre du poids sont semblables à celles documentées par l'enquête canadienne sur la santé du cœur (CHHSRG, 1997), soit prioritairement des raisons de santé suivies par des raisons d'ordre esthétique chez les hommes et l'inverse chez les femmes, sans pour autant que la différence entre ces deux motifs soit significative. Les motifs reliés à des problèmes de santé, tels des problèmes cardiaques, l'hypertension et le diabète, viennent loin derrière.

On devrait développer des indicateurs plus performants que l'indice de masse corporelle pour mieux suivre l'évolution du poids corporel de manière à établir des mesures visant à contrer les limites actuelles de ces données et permettre l'implantation

d'un système de surveillance de l'évolution pondérale de la population québécoise, en ce qui a trait autant à l'excès de poids qu'à l'insuffisance de poids. On devrait aussi considérer les raisons invoquées pour désirer changer de poids afin d'être en mesure de suivre les tendances relatives aux attitudes face au poids corporel.

Éléments de réflexion pour la planification

Entre les enquêtes générales de 1992-1993 et de 1998, on observe une augmentation de la population présentant un excès de poids. Cette hausse demeure préoccupante. L'obésité étant entre autres associée à un risque accru de maladies cardiovasculaires, il est essentiel que des actions soient immédiatement entreprises pour arrêter la progression de ce problème de santé et pour mieux le comprendre. Le gain de poids graduel de la population québécoise indique l'insuffisance et le peu de spécificité des programmes mis en place pour contrer ce problème.

Il serait important de valider de nouveaux indicateurs ou de déterminer des points limites d'indicateurs existants, plus précisément associés à la notion de graisse viscérale (obésité abdominale), qui pourraient être utilisés dans des enquêtes par questionnaire autoadministré ou pour un suivi plus adéquat de la population de tous les groupes d'âge. Un plan d'action intégré favorisant l'étude approfondie des données actuellement disponibles et la mise en commun des ressources (chercheurs, références, données, budgets) permettrait de mieux comprendre les déterminants de l'attitude de la population face au poids corporel ainsi que les effets pervers liés aux messages sur le contrôle du poids. Enfin, il faudrait s'attarder à mieux décrire ce phénomène dans la population mais aussi à le mettre en parallèle avec d'autres éléments, tels les habitudes d'activité physique et d'alimentation de même que le tabagisme et le niveau socioéconomique, pour cibler les groupes les plus à risque et améliorer l'intervention.

Bibliographie

CANADIAN HEART HEALTH SURVEYS RESEARCH GROUP (1997). « Obesity: A risk factor for cardiovascular disease: The Canadian Heart Health Surveys », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (suppl. 1), 53 p.

HEYWARD, V. H., et L. M. STOLARCZYK (1996). *Applied body composition assessment*, Human Kinetics Publishers Inc, Champaign, Illinois, 222 p.

MEJ, L., T. S. HAN et J. C. SEIDELL (1999). « Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity », *Arch Intern Med*, vol. 159, p. 837-843.

LEDOUX, M., J. LAMBERT, B. A. REEDER et J.P. DESPRÉS (1997). « Correlation between cardiovascular disease risk factors and simple anthropometric measures », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (suppl. 1), p. S46-S53.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). « Obesity: Preventing and managing the global epidemic », *Report of a WHO Consultation on Obesity*, Genève, 1998.

PAYETTE, H., R. CYR et D. K. GRAY (1994). *Évaluation de l'efficacité d'un questionnaire pour dépister le risque de malnutrition chez les personnes âgées bénéficiaires des services d'aide à domicile*, Rapport de recherche, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Sherbrooke.

PI-SUNYER, F. X. (1991). « Health implications of obesity », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 53, p. 1595S-1603S.

REEDER, B. A. (1996). « The public health implications of obesity in Canada » dans ANDERSON, A., et autres (éd.), *Progress in Obesity Research: 7*, London, John Libbey, p. 581-585.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988a). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, Ottawa, 135 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988b). *Le poids et la santé*, Document de travail, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 68 p.

THERRIEN, L. (1995). « Poids corporel » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 109-123.

