

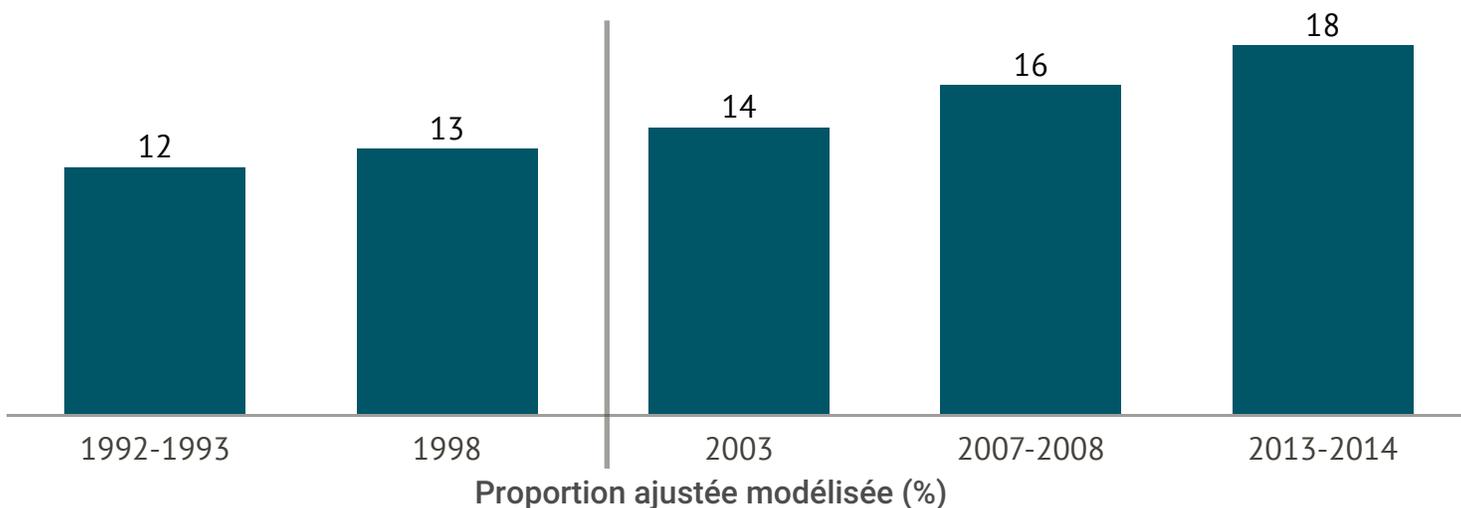
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

L'obésité chez les adultes



L'obésité est un facteur de risque important de plusieurs problèmes de santé^{1,2}. Elle est associée à une réduction de l'espérance de vie³ et à une stigmatisation sociale¹ en plus de causer des coûts économiques importants pour la société⁴. Au Québec, elle est plus présente chez les personnes moins scolarisées, moins bien nanties, celles qui vivent en milieu rural ou celles qui vivent de l'insécurité alimentaire^{5,6}. Par rapport au Canada, le Québec se classe favorablement, soit au 2^e rang des provinces avec une proportion plus faible de personnes obèses de 18 ans et plus⁷.

Au Québec, la proportion d'adultes obèses augmente depuis 2003.



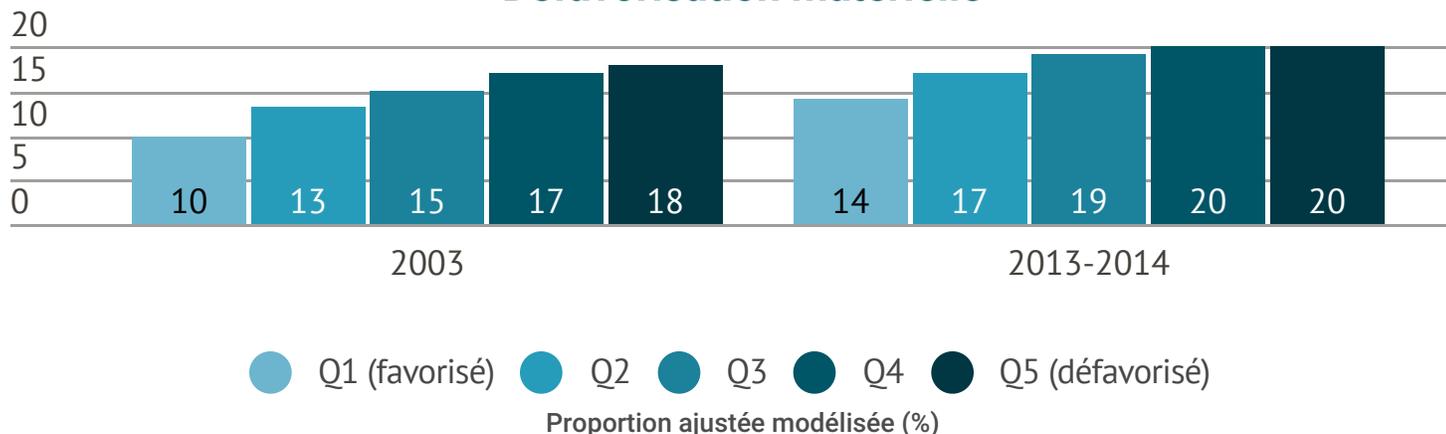
Le Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ)

À l'instar de plusieurs pays, le Québec s'est doté d'une stratégie et d'indicateurs pour recueillir de l'information permettant le suivi des inégalités sociales de santé (ISS). C'est dans ce cadre que le SSISSQ a été mis en place. Les mesures d'inégalité proposées pour les indicateurs de santé retenus dans le système permettent de dresser un portrait actuel des ISS et d'en faire le suivi systématique dans le temps pour l'ensemble du Québec, des zones géographiques et des régions sociosanitaires. Ces informations peuvent notamment être utilisées pour soutenir l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique visant à réduire les ISS ou à améliorer l'état de santé de la population.

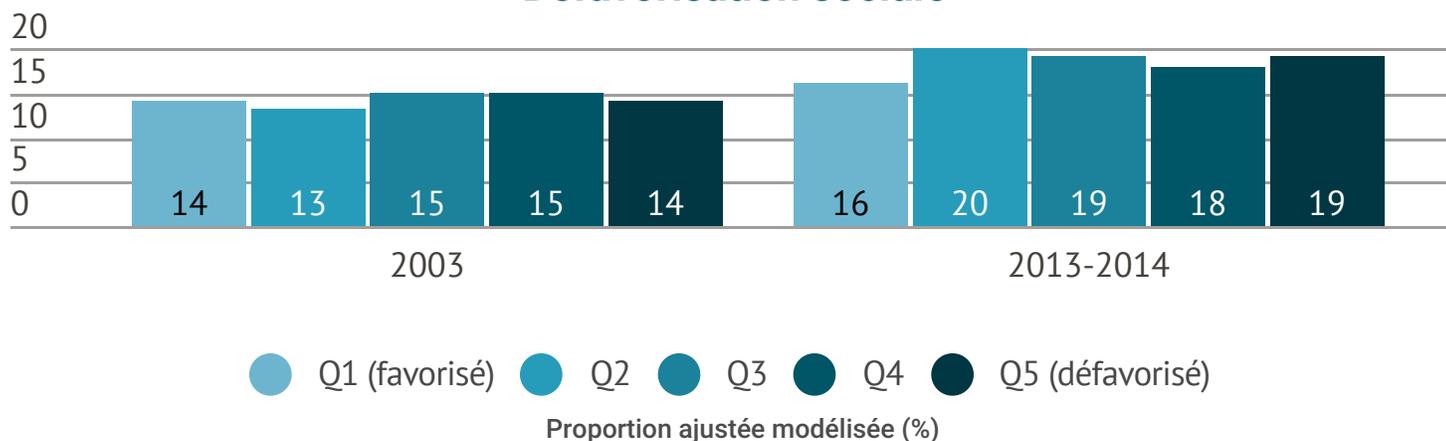
L'OBÉSITÉ SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

La proportion de personnes obèses croît avec la défavorisation matérielle en 2003 et en 2013-2014. L'augmentation de l'obésité est observée dans la plupart des quintiles entre les deux périodes.

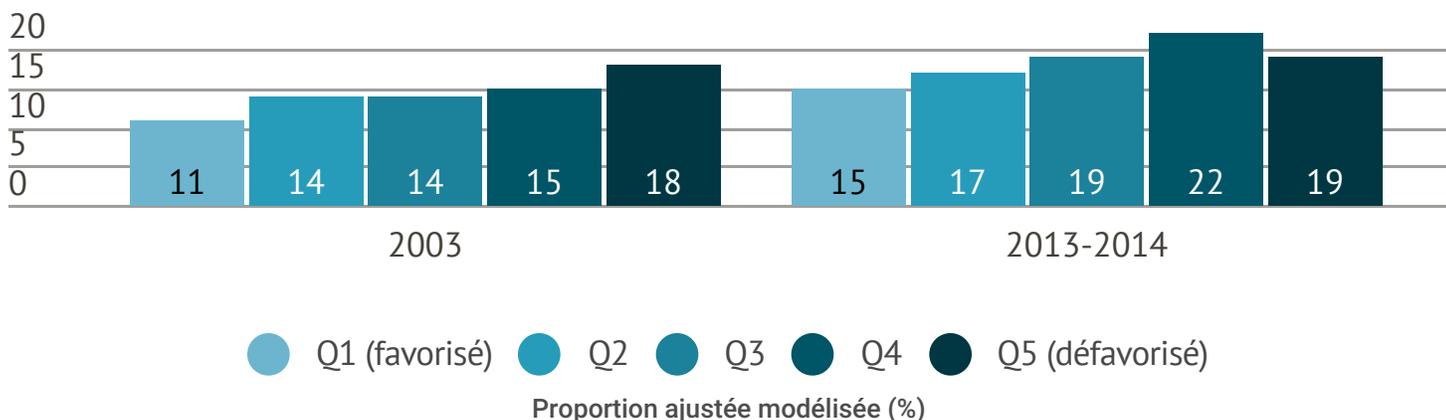
Défavorisation matérielle



Défavorisation sociale



Défavorisation matérielle et sociale



LES INÉGALITÉS SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

Fraction attribuable dans la population

21 %

C'est la réduction potentielle de l'obésité si l'ensemble de la population avait la prévalence de l'obésité du groupe le plus favorisé, en 2013-2014.

Nombre de cas attribuables dans la population

Cela correspondrait à une diminution de **234 000 cas d'obésité**.

a/b Ratio

1,3

Groupe défavorisé (Q5)

1

Groupe favorisé (Q1)

En 2013-2014, la proportion de personnes obèses du groupe défavorisé est 1,3 fois celle du groupe favorisé.



Bien qu'on observe la présence d'inégalités sociales liées à l'obésité, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 du ratio de la proportion de personnes obèses entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées. Cela suggère que les inégalités entre ces 2 groupes persistent dans le temps.



Pourcentage tiré de l'indice de concentration

4 %

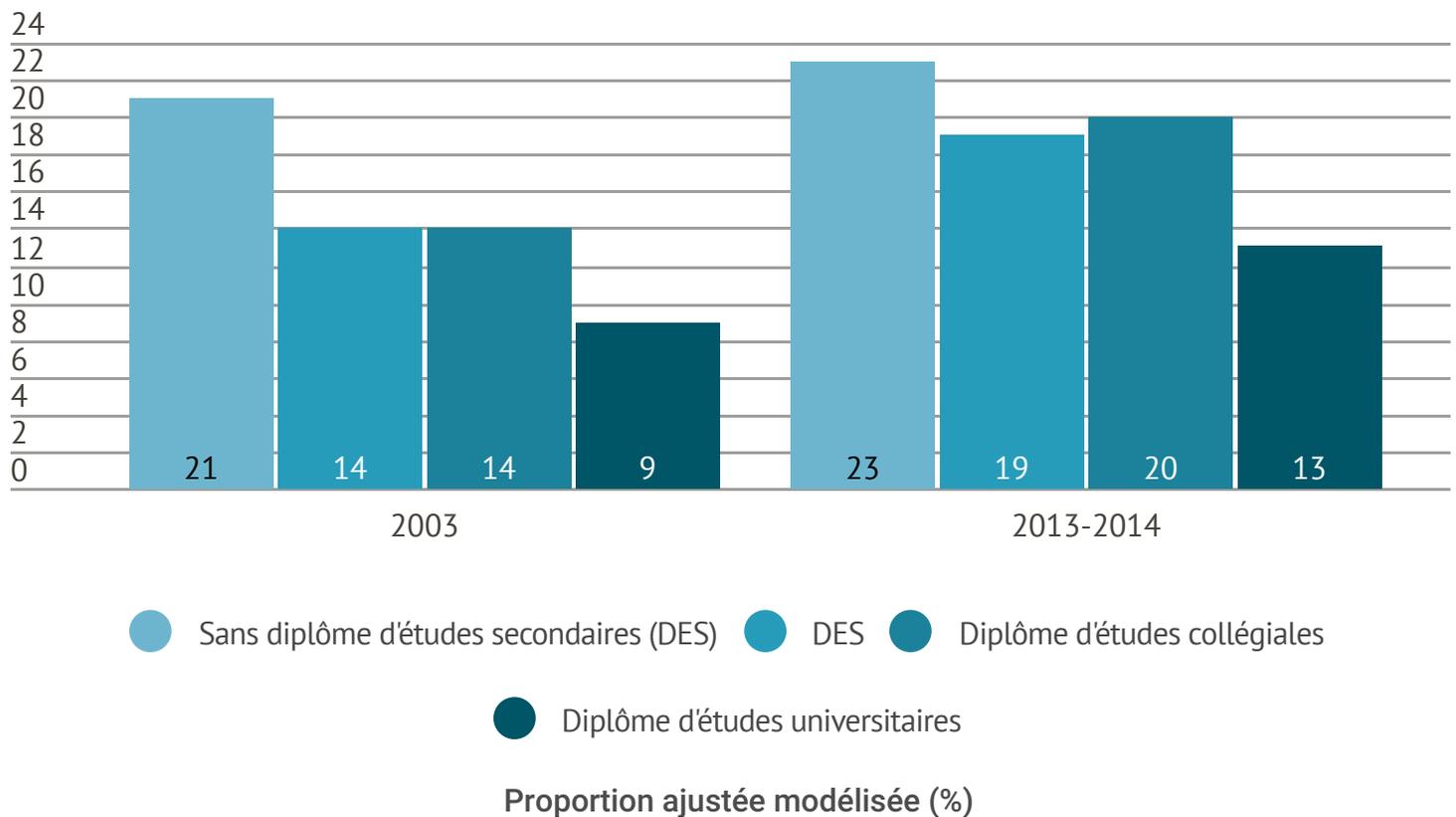
En 2013-2014, on note une concentration de l'obésité dans les groupes défavorisés. L'excédent observé est égal à 4 % des cas d'obésité dans l'ensemble de la population.



Bien qu'on observe la présence d'inégalités sociales liées à l'obésité, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 de la concentration de l'obésité selon la défavorisation. Cela suggère que les inégalités entre tous les groupes de la population persistent dans le temps.

L'OBÉSITÉ SELON LA SCOLARITÉ

La proportion de personnes obèses diminue lorsqu'on se déplace du groupe le moins scolarisé vers le groupe le plus scolarisé. Entre 2003 et 2013-2014, la proportion de personnes obèses a cependant augmenté chez les personnes les plus scolarisées (+ 47 %, diplôme d'études collégiales et + 40 %, diplôme d'études universitaires).



LES INÉGALITÉS SELON LA SCOLARITÉ

Fraction attribuable dans la population

32%

C'est la réduction potentielle de l'obésité si l'ensemble de la population avait la prévalence de l'obésité du groupe le plus scolarisé, en 2013-2014.

Nombre de cas attribuables dans la population

Cela correspondrait à une diminution de **360 000 cas d'obésité.**



Différence

Diplôme universitaire

13 %

Sans DES

23 %

En 2013-2014, le groupe sans DES présente **10 personnes obèses de plus (pour 100)** que le groupe ayant un diplôme universitaire.



Bien qu'on observe la présence d'inégalités sociales liées à l'obésité, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 de l'écart de la proportion de personnes obèses entre les personnes ayant un diplôme universitaire et celles sans DES. Cela suggère que les inégalités entre ces 2 groupes persistent dans le temps.

a/b Ratio

1,8

Sans DES

1

Diplôme d'études universitaires

En 2013-2014, la proportion de personnes obèses du groupe sans DES est près de 1,8 fois celle du groupe ayant un diplôme d'études universitaires.



Bien qu'on observe la présence d'inégalités sociales liées à l'obésité, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 du ratio de la proportion de personnes obèses entre les personnes ayant un diplôme universitaire et celles sans DES. Cela suggère que les inégalités entre ces 2 groupes persistent dans le temps.



Pourcentage tiré de l'indice de concentration

7%

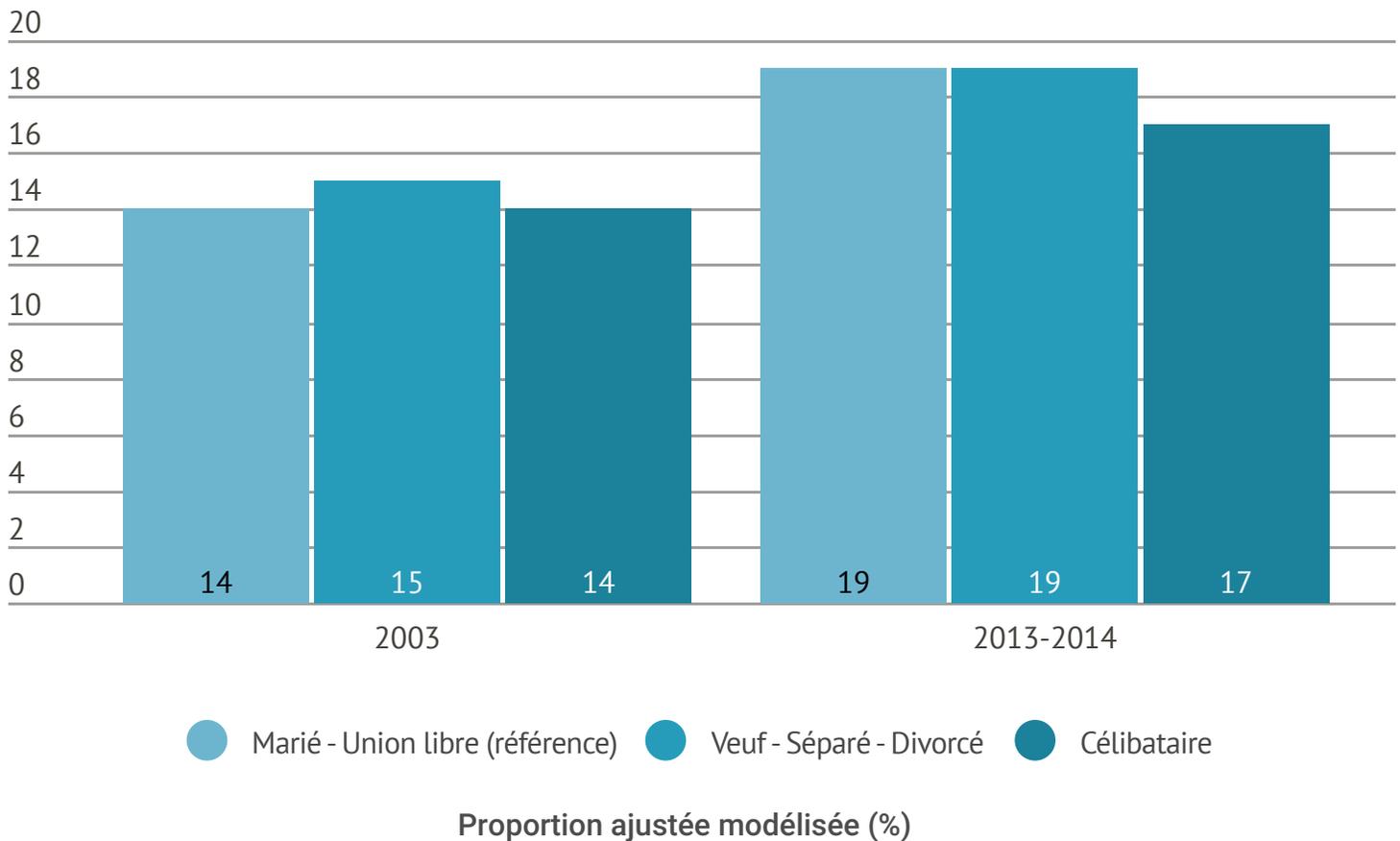
En 2013-2014, on note une concentration de l'obésité dans les groupes moins scolarisés. L'excédent observé est égal à 7 % des cas d'obésité dans l'ensemble de la population.



L'excédent de cas d'obésité observé dans les groupes les moins scolarisés a diminué de 11 % (donnée non illustrée) à 7 % entre 2003 et 2013-2014.

L'OBÉSITÉ SELON LE STATUT MATRIMONIAL

En 2003 et 2013-2014, la proportion de personnes obèses est similaire entre les groupes de statut matrimonial. Entre ces deux périodes, la proportion de personnes obèses a cependant augmenté chez les personnes mariées - union libre (+ 30 %) et les célibataires (+ 24 %).

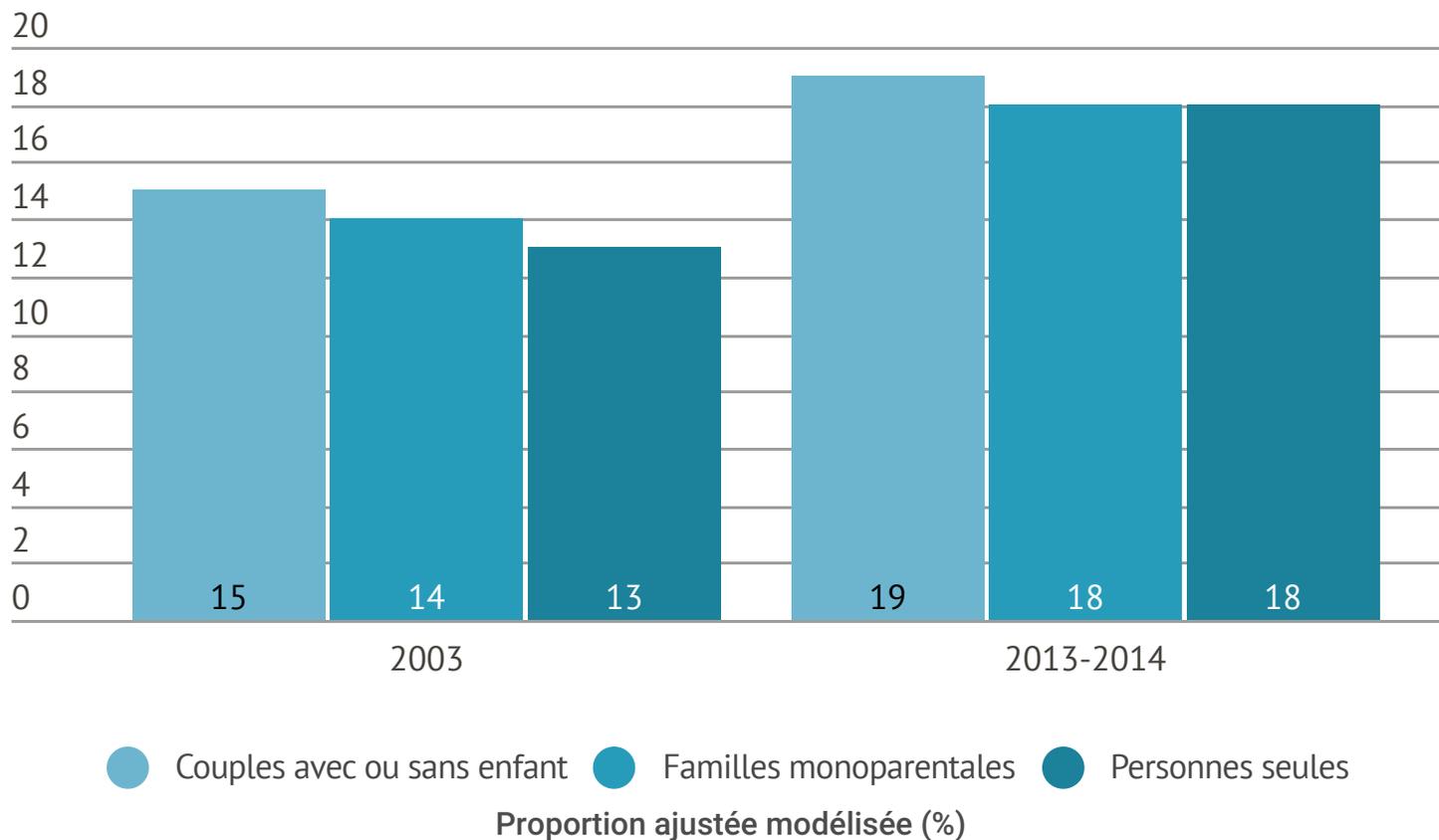


LES INÉGALITÉS SELON LE STATUT MATRIMONIAL

En 2003 et en 2013-2014, on ne détecte aucune inégalité selon le statut matrimonial quant à la proportion de personnes obèses.

L'OBÉSITÉ SELON LA STRUCTURE FAMILIALE

En 2003 et 2013-2014, la proportion de personnes obèses est similaire entre les groupes de structure familiale. Entre ces deux périodes, la proportion de personnes obèses a augmenté chez les couples avec ou sans enfant (+ 26 %) et les personnes seules (+ 34 %).



LES INÉGALITÉS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE

En 2003 et en 2013-2014, on ne détecte aucune inégalité selon la structure familiale quant à la proportion de personnes obèses.

QUEL SERAIT L'IMPACT D'UNE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES LIÉES À L'OBÉSITÉ?

En dépit des tendances observées au cours des dernières années en matière d'obésité, les résultats présentés ici montrent que des progrès sont possibles. Par exemple, en ayant pour cible la prévalence de l'obésité des personnes les plus scolarisées (13 % en 2013-2014), il serait possible de diminuer la prévalence de l'obésité de l'ensemble de la population de 5 points de pourcentage, soit de 18 % à 13 %.

À RETENIR

- ✓ Au Québec en 2013-2014, des inégalités liées à l'obésité sont observées selon la défavorisation matérielle et sociale ainsi que la scolarité.
- ✓ Concernant la scolarité :
 - ➔ Une légère diminution temporelle des inégalités sociales liées à l'obésité selon l'indice de concentration est observée entre 2003 et 2013-2014 pour l'ensemble du Québec (11 % à 7 %).
 - ➔ Cette diminution des inégalités résulte de l'augmentation plus importante de l'obésité dans les groupes plus scolarisés (diplôme d'études collégiales et plus).
 - ➔ Les prévalences de l'obésité plus élevées observées dans les groupes les moins scolarisés indiquent un potentiel de réduction du nombre de personnes obèses pour l'ensemble de la population.

Source de données

Infocentre de santé publique du Québec, Onglet du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique), Inégalités sociales de santé. Consulté le 30 mai 2018.

Références

- ¹ Bray, A. G. et Bouchard, C. (2014). Handbook of obesity. Volume 1: Epidemiology, etiology and physiopathology (3e éd.). New York, NY : CRC Press.
- ² Organisation mondiale de la Santé. (2003). Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale (Série de rapports techniques : 894). Repéré à : http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf
- ³ Prospective Studies Collaboration, Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., ... Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373(9669):1083-1096. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4
- ⁴ Blouin, C. (2014). L'impact économique de l'obésité et de l'embonpoint. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1786_Topo_9.pdf
- ⁵ Lamontagne, P. et Hamel, D. (2012). Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1618_SurvStatutPonderalAdultesQc_PortraitEvol1987A2010.pdf
- ⁶ Maisonneuve, C., Lamontagne, P., Blanchet, C. et Hamel, D. (2015). Statut pondéral et insécurité alimentaire chez les adultes québécois en 2011-2012. Document soumis pour publication.
- ⁷ Outil de données sur les inégalités en santé, Agence de la santé publique du Canada, En ligne : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/data-tool/?l=fra>, consulté le 9 septembre 2018.

Citation suggérée

Institut national de santé publique du Québec (2018). Les inégalités sociales de santé au Québec – L'obésité chez les adultes, sur le site Santéscope. Consulté le [date].

Mis à jour le 11 décembre 2018



**Institut national
de santé publique**

Québec



Notes méthodologiques

Choix éditoriaux

Afin d'exposer les inégalités les plus importantes, nous avons choisi de n'illustrer que les mesures pour lesquelles la présence d'inégalité est statistiquement significative et ce, uniquement pour la période la plus récente.

Dans un esprit de synthèse, nous avons également choisi de ne présenter que les mesures d'inégalité selon l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale. Les données des mesures d'inégalité selon la dimension matérielle et selon la dimension sociale sont toutefois disponibles sur le portail de l'Infocentre de santé publique.

Il est également possible d'étudier et de suivre les inégalités sociales en matière de tabagisme à d'autres échelles géographiques que celle de l'ensemble du Québec, soit pour les 4 grandes zones géographiques (disponibles à l'Infocentre de santé publique) mais aussi à l'échelle des provinces canadiennes (<https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx> et <https://www.cihi.ca/fr/outil-interactif-sur-les-inegalites-en-sante>).

L'obésité¹

L'obésité se caractérise par une accumulation excessive de tissu adipeux et est causée par un déséquilibre continu entre l'apport calorique et la dépense énergétique. Les personnes obèses, excluant les femmes enceintes, sont celles dont l'indice de masse corporelle (IMC) est de 30,0 kg/m² ou plus. On obtient l'IMC en divisant le poids (kg) par la taille au carré (mètres²). Les données utilisées pour déterminer l'IMC sont autodéclarées et les résultats sont présentés pour la population âgée de 20 ans et plus.

L'indice de défavorisation matérielle et sociale

Chaque personne obèse a été associée à un indice de défavorisation, exprimant le niveau moyen de désavantage socioéconomique des personnes habitant le voisinage immédiat de la personne obèse². L'indice compte une dimension matérielle et une dimension sociale. La dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, alors que la dimension sociale renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté. Sur l'une et l'autre dimension, la population du Québec a été répartie en groupes de 20 % (quintiles — Q), du groupe le plus favorisé (Q1) au groupe le plus défavorisé (Q5). Les variations de l'obésité sont suivies séparément selon les quintiles de défavorisation matérielle, les quintiles de défavorisation sociale et les deux formes de défavorisation simultanément (l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale).

Les proportions ajustées modélisées

La modélisation statistique a été utilisée afin de contrôler pour certaines caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la zone géographique et l'une ou l'autre forme de l'indice de défavorisation (s'il y a lieu) lors de la comparaison temporelle des proportions de personnes obèses. Pour plus de détails sur le calcul des proportions ajustées modélisées, consultez le Cadre méthodologique du Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec [SSISSQ]³.

Les mesures d'inégalité

Les mesures d'inégalité du SSISSQ sont complémentaires et présentent de l'information sur les différents aspects des inégalités. Pour plus de détails sur les mesures d'inégalité, consultez [l'Aide-mémoire pour l'utilisation des mesures d'inégalité du SSISSQ](#).

Structure familiale

La catégorie « Couples avec ou sans enfants » inclut également les autres types de ménage.

Comparabilité des données

Les proportions ajustées modélisées et les mesures d'inégalité issues de ces proportions ne sont pas nécessairement comparables entre l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1992-1993 et 1998 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, 2007-2008 et 2013-2014. La comparaison temporelle des résultats entre les deux enquêtes n'est donc pas disponible et une brisure temporelle est observée entre les proportions ajustées modélisées issues des données de l'ESS et de l'ESCC (première figure). Pour les mesures d'inégalité, seuls les résultats de l'enquête la plus récente (ESCC) sont présentés.

Références

- ¹ Infocentre de santé publique (2017). Inégalités sociales de santé: Obésité chez les adultes [Fiche indicateur]. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec, version de décembre 2017.
- ² Pampalon R., Hamel D., Gamache P., Raymond G. (2009). *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada*. *Maladies chroniques au Canada*, 29(4):199-213.
- ³ INSPQ (2018). Cadre méthodologique du SSISSQ, Version 2, BIESP, 141 p.