



Une alimentation saine, une vie active et un poids santé, 2012

Rapport sur l'état de santé | Santé publique Ottawa | Mai 2012

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été rédigé par :

Stephanie Prince, épidémiologiste, Santé publique Ottawa
Katherine Russell, épidémiologiste, Santé publique Ottawa
Leigh Ann Butler, épidémiologiste, Santé publique Ottawa
Amira Ali, épidémiologiste principale, Santé publique Ottawa

Nous tenons également à remercier les employés de Santé publique Ottawa qui ont contribué au présent rapport, soit :

Jacqueline Willmore, épidémiologiste, Santé publique Ottawa
Lorette Dupuis, Nicole Frappier, Lorrie Levesque, Elaine Murkin et Erinn Salewski, Direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, Santé publique Ottawa
Gillian Connelly et Andrew Hendriks, Direction du soutien stratégique, Santé publique Ottawa
Membres du Comité directeur sur l'état de santé : **Amira Ali, Dre Vera Etches, Michael Ferguson, Siobhan Kearns, Esther Moghadam, Sherry Nigro, John Steinbachs, et Marie-Claude Thibault**

Nous remercions tout particulièrement les pairs examinateurs suivants pour leurs conseils et examens techniques :

Megan Carter, M. Sc., candidate au doctorat, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa
Zachary M. Ferraro, M. Sc., Ph. D., Groupe de recherche sur les saines habitudes de vie et l'obésité du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa
Allana LeBlanc, M. Sc., coordonnatrice de recherche, Groupe de recherche sur les saines habitudes de vie et l'obésité du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Concepteurs graphique :

Marilyn St. Charles, Coordination de l'information sur la santé, Santé publique Ottawa
Ashley Pach, Paul Jeaurond, Accurate Design & Communication Inc.

Tout renvoi au présent document doit être formulé ainsi :

Santé publique Ottawa. *Une alimentation saine, une vie active et un poids santé*, 2012. Ottawa (ON) : Santé publique Ottawa; 2012.

Pour obtenir copie de ce rapport, visitez ottawa.ca/sante.

Pour en savoir plus, communiquez avec **Amira Ali**, par téléphone au 613-580-6744, poste 23484, ou par courriel à amira.ali@ottawa.ca.



MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ.....	1
Résumé des constatations.....	1
Alimentation saine.....	1
Vie active.....	2
Poids santé	2
Inégalités et injustices sur le plan de la santé et déterminants sociaux de la santé	3
Aborder les questions de l'alimentation saine, de la vie active et du poids santé à la ville d'Ottawa	4
GUIDE DU RAPPORT	5
Présentation des données	5
Tableaux sommaires des indicateurs.....	5
Graphiques sommaires des indicateurs.....	5
Milieu alimentaire par quartier selon les quintiles socioéconomiques, ville d'Ottawa, 2006.....	6
Milieu récréatif par quartier selon les quintiles socioéconomiques, ville d'Ottawa, 2006.....	6
Sources des données	6
Analyse des données	8
Abréviations.....	8
1. INTRODUCTION	11
Alimentation au Canada	11
Activité physique au Canada.....	12
Embonpoint et obésité au Canada.....	13
Déterminants sociaux de la santé	13
2. ALIMENTATION SAINTE.....	16
Recommandations du <i>Guide alimentaire canadien</i>	16
Allaitement.....	17



Prise du déjeuner chez les adolescents.....	20
Consommation de boissons sucrées chez les adolescents.....	24
Consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine chez les adolescents.....	28
Consommation de légumes et fruits	31
Consommation de légumes et fruits chez les adolescents.....	31
Consommation de légumes et fruits chez les adultes.....	33
Importance des aliments nutritifs lorsque l'on mange à l'extérieur.....	37
Repas et collations à l'extérieur	38
Restaurants.....	43
Restaurants-minute	47
Mets préemballés	52
Coût d'un panier de provisions nutritif.....	56
Sécurité alimentaire.....	58
Clients des banques alimentaires.....	63
Milieu alimentaire à Ottawa	64
3. VIE ACTIVE.....	77
Directives canadiennes en matière d'activité physique	77
Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention de la petite enfance (0 à 4 ans).....	77
Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire	78
L'utilisation de méthodes autodéclarées et de méthodes de mesure directe de l'activité physique.....	79
Niveau d'activité physique chez les jeunes.....	80
Temps passé par les adolescents dans les cours d'éducation physique	84
Activité physique globale chez les adultes.....	89
Activité physique globale chez les adultes pendant leurs loisirs.....	95
Type et fréquence des activités physiques pratiquées pendant les loisirs.....	103
Déplacements en véhicules et transport actif chez les adolescents	106
Principal mode de transport utilisé pour se rendre au travail	110
Temps passé par les adolescents devant un écran.....	111
Temps passé devant un écran pendant les loisirs chez les adultes	118
Temps passé en position assise chez les adultes	123

Connaissance et utilisation du podomètre.....	127
Activité physique, objectivement mesurée, chez les adultes	131
Obstacles et incitatifs à l'activité physique	132
Obstacles individuels à l'activité physique.....	132
Obstacles à l'activité physique liés aux services.....	134
Obstacles à l'activité physique liés aux infrastructures.....	137
Accès à des installations sportives en milieu de travail	140
Milieu récréatif de la ville d'Ottawa.....	143
4. POIDS SANTÉ.....	156
Classification canadienne de l'embonpoint et de l'obésité.....	156
Indice de masse corporelle et tour de taille autodéclarés et mesurés	158
Indice de masse corporelle chez les jeunes.....	158
Image corporelle chez les jeunes	164
Intentions des adolescents envers leur poids corporel	168
Indice de masse corporelle chez les adultes.....	172
Tour de taille.....	177
Tour de taille des hommes.....	177
Tour de taille des femmes	180
Perception des adultes de leur poids corporel	184
GLOSSAIRE	189
BIBLIOGRAPHIE.....	192



GRAPHIQUES

Graphique 1 : Pourcentage de mères qui ont allaité leur dernier bébé de façon non exclusive pendant au moins six mois, Ottawa, de 2003 à 2009-2010, et le reste de l'Ontario, 2009-2010	19
Graphique 2 : Pourcentage de mères qui ont opté pour l'allaitement exclusif de leur dernier bébé pendant au moins six mois, Ottawa, de 2003 à 2009-2010, et le reste de l'Ontario, 2009-2010	19
Graphique 3 : Pourcentage d'élèves (de la 7 ^e à la 12 ^e année) qui ont répondu ne jamais avoir déjeuné au cours des cinq derniers jours d'école, selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, 2011	23
Graphique 4 : Pourcentage d'élèves (de la 7 ^e à la 12 ^e année) qui ont répondu avoir bu au moins une boisson sucrée par jour au cours des sept derniers jours, Ottawa, 2011	27
Graphique 5 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont répondu avoir bu au moins une boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours des sept derniers jours, Ottawa, 2011	30
Graphique 6 : Pourcentage d'adolescents (de 12 à 19 ans) qui ont répondu consommer au moins cinq légumes et fruits par jour, selon le sexe, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2010	33
Graphique 7 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) qui consommaient au moins cinq légumes et fruits par jour, Ottawa, 2009-2010	37
Graphique 8 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas mangé de repas au restaurant, ni de repas-minute, ni d'aliments prêts-à-servir achetés en épicerie au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010	42
Graphique 9 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010	46
Graphique 10 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010	51
Graphique 11 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas consommé d'aliments prêts-à-servir achetés en épicerie au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010	55

Graphique 12 : Coût d'un panier de provisions nutritif à Ottawa, de 2009 à 2011	57
Graphique 13 : Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) en situation de sécurité alimentaire selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, 2009-2010 ...	62
Graphique 14 : Caractéristiques des clients des banques alimentaires de la ville d'Ottawa, 2011	63
Graphique 15 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont fait au moins 60 minutes d'activité par jour au cours des sept derniers jours, ville d'Ottawa, 2011	83
Graphique 16 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont été actifs lors de cours d'éducation physique pendant chacun des cinq derniers jours d'école en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	88
Graphique 17 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui disent être très actifs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	95
Graphique 18 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui sont inactifs pendant leurs loisirs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2009-2010	102
Graphique 19 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont indiqué habituellement se rendre à l'école en véhicule en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	109
Graphique 20 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont indiqué habituellement rentrer à la maison en véhicule en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	109
Graphique 21 : Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) ayant indiqué que leur principal mode de transport est la marche ou la bicyclette, 2001 et 2006	111
Graphique 22 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont indiqué passer deux heures ou moins devant un écran chaque jour en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	117
Graphique 23 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) qui ont passé 15 heures ou plus devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2007-2008	122
Graphique 25 : Nombre moyen d'heures passées en position assise chaque jour de semaine chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	127



Graphique 26 : Principaux obstacles individuels à l'activité physique chez les résidents (de 15 ans et plus), ville d'Ottawa, 2008	134
Graphique 27 : Principaux obstacles à l'activité physique liés aux services chez les résidents (de 15 ans et plus), ville d'Ottawa, 2008	137
Graphique 28 : Principaux obstacles liés aux infrastructures chez les résidents (de 15 ans et plus), ville d'Ottawa, 2008	139
Graphique 29 : Pourcentage des membres de la population active (résidents de 15 à 75 ans) qui ont répondu avoir accès à des installations sportives au travail ou à proximité de celui-ci, ville d'Ottawa par rapport au reste de l'Ontario, 2007-2008	142
Graphique 30 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont indiqué faire de l'embonpoint ou souffrir d'obésité en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	163
Graphique 31 : Pourcentage d'élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont répondu se trouver « trop gros » en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	167
Graphique 32 : Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont répondu essayer de perdre du poids en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	171
Graphique 33 : Pourcentage d'adultes faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2009-2010	176
Graphique 34 : Pourcentage des hommes (18 ans et plus) ayant un tour de taille autodéclaré considéré comme dangereux pour la santé (de plus de 102 cm) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	180
Graphique 35 : Pourcentage de femmes (18 ans et plus) ayant un tour de taille autodéclaré considéré comme dangereux pour la santé en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	183
Graphique 36 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui considéreraient avoir un poids adéquat en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2009-2010	188

TABLEAUX

Tableau 1 : Description des sources de données	7
Tableau 2 : Nombre de portions quotidiennes recommandé par <i>Bien manger</i> avec le <i>Guide alimentaire canadien</i>	16
Tableau 3 : Taux d'allaitement selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, de 2003 à 2009-2010	18
Tableau 4 : Taux de prise de déjeuner chez les élèves (de la 7 ^e à la 12 ^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2011.....	21
Tableau 5 : Taux de consommation de boissons sucrées chez les élèves (de la 7 ^e à la 12 ^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2011	25
Tableau 6 : Taux de consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine chez les élèves (de la 7 ^e à la 12 ^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2011	29
Tableau 7 : Consommation de légumes et fruits chez les adolescents (de 12 à 19 ans) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, de 2003 à 2009-2011	32
Tableau 8 : Consommation de légumes et fruits chez les adultes (20 ans et plus) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, de 2003 à 2009-2010	34
Tableau 9 : Consommation de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts- à-servir au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010	39
Tableau 10 : Consommation de repas au restaurant au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010.....	44
Tableau 11 : Consommation de repas-minute au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010.....	48
Tableau 12 : Consommation de mets préemballés au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010	53
Tableau 13 : Situation de sécurité alimentaire chez les résidents (de 12 ans et plus) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, de 2007-2008 à 2009-2010.....	59

Tableau 14 : Milieu alimentaire par quartier selon les quintiles socioéconomiques, Ottawa, 2006	66
Tableau 15 : Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des enfants, des jeunes, des adultes et des aînés.....	78
Tableau 16 : Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des adolescents.....	79
Tableau 17 : Niveaux d'activité physique des élèves (7 ^e à la 12 ^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, 2009-2011	81
Tableau 18 : Taux de participation aux cours d'éducation physique chez les élèves (7 ^e à 12 ^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	85
Tableau 19 : Description des niveaux d'activité physique selon l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....	89
Tableau 20 : Niveaux d'activité physique chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2011	92
Tableau 21 : Taux d'activité physique chez les adultes (18 ans et plus) pendant leurs loisirs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2009-2010	97
Tableau 22 : Pourcentage d'adultes pratiquant certaines activités physiques pendant leurs loisirs et fréquence mensuelle de la pratique de ces activités, ville d'Ottawa, 2009-2010	104
Tableau 23 : Taux de déplacements en véhicules et de transport actif chez les élèves (7 ^e à 12 ^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011	107
Tableau 24 : Principal mode de transport utilisé pour se rendre au travail par les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2001 à 2006	110
Tableau 25 : Taux du temps passé devant un écran chez les élèves (7 ^e à 12 ^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	113
Tableau 26 : Temps passé devant un écran pendant les loisirs chez les adultes (20 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2003 à 2007-2008.....	119

Tableau 27 : Heures passées en position assise les jours de semaine chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2003-2011	124
Tableau 28 : Indice d'activité physique d'après le nombre de pas par jour	128
Tableau 29 : Connaissance et utilisation du podomètre chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2008.....	130
Tableau 30 : Nombre de pas par jour chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2008	131
Tableau 31 : Obstacles individuels chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2002 à 2008	132
Tableau 32 : Obstacles liés aux services chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2002 à 2008	135
Tableau 33 : Obstacles liés aux infrastructures chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2002 à 2008	138
Tableau 34 : Accès à des installations sportives en milieu de travail parmi la population active (résidents âgés de 15 à 75 ans) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2007-2008	141
Tableau 35 : Milieu récréatif par quartier selon les quintiles socioéconomiques, ville d'Ottawa, 2006	145
Tableau 36 : Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)	156
Tableau 37 : Classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille.....	157
Tableau 38 : Indice de masse corporelle des élèves (7 ^e à 12 ^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	160
Tableau 39 : Perceptions de l'image corporelle chez les élèves (7 ^e à 12 ^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	165
Tableau 40 : Intentions des élèves (7 ^e à 12 ^e année) concernant leur poids corporel en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	169
Tableau 41 : Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2009-2010	173

Tableau 42 : Tour de taille autodéclaré des hommes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	178
Tableau 43 : Tour de taille autodéclaré des femmes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011	181
Tableau 44 : Perception des adultes (18 ans et plus) de leur poids corporel en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2009-2010	185



RÉSUMÉ

L'obésité constitue un enjeu de santé important complexifié par de nombreuses causes, lourdes de conséquences. Il existe tout un éventail de facteurs qui peuvent avoir un effet sur le bilan énergétique d'une personne et entraîner l'obésité. Ceux-ci comprennent les choix individuels (p. ex. le nombre de calories consommées par rapport au nombre de calories dépensées), mais aussi divers éléments des environnements social et bâti qui peuvent influencer les habitudes de vie de chacun.

Le rapport *Une alimentation saine, une vie active et un poids santé, 2012* traite de la prévalence, des déterminants et des effets d'une alimentation saine, d'une vie active et d'un poids santé à la ville d'Ottawa. Lorsque c'est possible, il fait également état des tendances observées au fil du temps et les compare à celles du reste de l'Ontario. Le rapport traite également des inégalités et des injustices qui existent par rapport aux facteurs de risque individuels et aux déterminants sociaux de la santé en ce qui a trait aux tendances en matière de consommation d'aliments et de boissons, d'activité physique, d'embonpoint et d'obésité. Il est essentiel de tenir compte des déterminants sociaux de la santé pour orienter et adapter les programmes de santé publique afin qu'ils correspondent aux besoins des populations vulnérables.

Résumé des constatations

Alimentation saine

L'alimentation saine est l'un des principaux facteurs contribuant à la qualité de vie, à un poids santé et à la prévention de plusieurs maladies chroniques. Les saines habitudes alimentaires doivent commencer dès la petite enfance. À Ottawa, les taux d'allaitement (à six mois) ont augmenté au cours des dernières années (de 2003 à 2009-2010) et sont plus élevés que dans le reste de la province. Environ 71 % des mères ont dit avoir allaité en partie pendant au moins six mois, la période recommandée; cependant, seulement 41 % des mères ont opté pour l'allaitement exclusif de leur dernier bébé pendant au moins six mois.

Une grande proportion d'adolescents d'Ottawa ont adopté de mauvaises habitudes alimentaires. Seuls 60 % des élèves de la 7^e à la 12^e année à Ottawa ont répondu avoir pris un déjeuner les cinq derniers jours d'école. Il semble également que la plupart des élèves consomment régulièrement des boissons sucrées et environ un sur dix a déclaré en avoir bu au moins une par jour. Seulement un élève sur cinq a indiqué ne pas avoir bu de boissons sucrées au cours de la dernière semaine. De plus, 15 % des élèves ont bu au moins une boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours de la semaine précédente. Malheureusement, la majorité des adolescents d'Ottawa consomment des boissons sucrées chaque semaine, et de surcroît, la moitié ne consomment pas suffisamment de légumes et de fruits, ce qui est semblable aux chiffres observés dans le reste de l'Ontario.

De mauvaises habitudes alimentaires ont aussi été relevées chez la majorité des adultes résidant à Ottawa. La majorité (76 %) des adultes d'Ottawa ont consommé des repas et des collations à l'extérieur de la maison au moins une fois au cours de la semaine précédente, et l'ont fait en moyenne 2,8 fois. La consommation de repas et de collations à l'extérieur de la maison va souvent de pair avec la consommation d'aliments plus riches en calories et à teneur plus élevée en matière grasse et en sodium que ceux préparés à la maison. Les restaurants étaient les endroits les plus populaires pour prendre un repas ou une collation à l'extérieur de la maison, suivis des restaurants-minute et des épiceries, où on peut acheter

des aliments prêts-à-servir. Il semble également que plus de la moitié des adultes d'Ottawa ne respectent pas les recommandations du *Guide alimentaire canadien* en matière de consommation de légumes et de fruits, ce qui est semblable aux chiffres observés dans le reste de l'Ontario.

Vie active

Il est aussi important d'être actif que de bien s'alimenter pour améliorer son bien-être et réduire les risques d'obésité et de plusieurs comorbidités. Cependant, un élève sur cinq (22 %) de la 7^e à la 12^e année à Ottawa a indiqué qu'ils respectaient les recommandations de 60 minutes d'activité physique par jour qui sont nécessaires pour jouir des bienfaits pour la santé de la pratique régulière d'activités physiques. Deux élèves sur trois (de la 9^e à la 12^e année) n'ont pas eu de cours d'éducation physique. Les élèves n'étaient pas non plus actifs sur le chemin de l'école : en effet, environ huit élèves sur dix ont dit utiliser des véhicules, tandis que seulement 20 % ont dit utiliser des modes de transport actifs pour se rendre à l'école. De plus, trois élèves sur cinq dépassaient les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire* actuelles, puisqu'ils passaient plus de deux heures devant un écran chaque jour.

À l'instar des adolescents, la plupart des adultes d'Ottawa peinent à respecter les recommandations actuelles en matière d'activité physique. En 2011, environ la moitié des adultes d'Ottawa ont probablement respecté les directives actuelles, ce qui est stable depuis 2003. Un petit échantillon des adultes d'Ottawa dont les niveaux d'activité physique ont été mesurés a permis d'établir que seulement 30 % d'entre eux faisaient en moyenne 10 000 pas ou plus par jour, la cible indiquée par la Ville d'Ottawa pour obtenir des bienfaits pour la santé.

Il est possible de mener une vie active grâce à différents volets de la vie : travaux ménagers, travail, loisirs, déplacements actifs. En 2009-2010, deux adultes sur cinq (42 %) à Ottawa ont été inactifs pendant leurs loisirs. Les adultes d'Ottawa ont passé en moyenne 5,9 heures chaque jour en position assise les jours de semaine. La majorité des adultes d'Ottawa n'étaient pas non plus actifs en se rendant au travail : en effet, seuls 10 % des travailleurs ont indiqué que leur principal mode de transport pour se rendre au travail était la marche ou la bicyclette. Une fois à la maison, en dehors des heures de travail ou d'école, près de la moitié des adultes ont passé 15 heures ou plus devant la télévision ou l'ordinateur.

Les résidents d'Ottawa ont fait part de barrières, individuelles et présentes au sein de la communauté, qui peuvent empêcher les résidents de devenir actifs et de conserver un mode de vie sain. Les résidents d'Ottawa ont répondu que le manque d'accès à des rues et à d'autres endroits publics sécuritaires était pour eux le principal obstacle à la pratique d'activités physiques lié aux infrastructures (64 %). Les principaux obstacles à l'activité physique liés aux services étaient l'offre d'installations, de services et de programmes abordables (55 %). Les trois principaux obstacles individuels à l'activité physique cités par les résidents d'Ottawa étaient le manque de temps (74 %), le manque d'énergie (60 %) et le manque d'intérêt ou de motivation (57 %).

Poids santé

L'embonpoint et l'obésité ont des incidences manifestes sur la santé publique et menacent les Canadiens de problèmes de santé comme l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les cardiopathies, les accidents cérébrovasculaires, certains types de cancer (de l'endomètre, du sein, de la prostate et du colon), les complications de grossesse, la dépression et une augmentation de la mortalité.

Les répercussions de l'embonpoint et de l'obésité sont plus importantes chez les enfants et les jeunes, étant donné que les maladies chroniques peuvent se manifester plus tôt chez eux et que l'embonpoint persiste souvent à l'âge adulte. Un élève sur cinq (21 %) (7^e à 12^e année) a indiqué faire de l'embonpoint ou souffrir d'obésité. Par rapport aux élèves du reste de l'Ontario, ceux d'Ottawa ont été moins nombreux à se dire obèses. Chez les adultes, l'ampleur de l'embonpoint et de l'obésité était encore plus importante. En effet, à Ottawa, 34 %, ont déclaré qu'ils faisaient de l'embonpoint, et 18 % de plus ont déclaré qu'ils souffraient d'obésité. Ces chiffres ne sont probablement pas représentatifs, étant donné que les taux autodéclarés sont plus faibles que ceux obtenus par des mesures directes. Aucune différence n'a été observée quant à la proportion d'embonpoint et d'obésité autodéclarés entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de l'Ontario.

L'image corporelle et le contrôle du poids sont des éléments importants d'une perception personnelle positive et d'un poids santé. À Ottawa, plus d'un élève sur quatre (28 %) (7^e à 12^e année) se trouvaient « trop gros » ou « trop minces » et 65 % ont dit qu'ils essayaient de contrôler leur poids. L'activité physique pourrait avoir un effet protecteur sur l'image corporelle. Les adultes qui étaient actifs pendant leurs loisirs ont été moins nombreux à considérer qu'ils faisaient de l'embonpoint (51 %) que ceux qui étaient inactifs (59 %).

Inégalités et injustices sur le plan de la santé et déterminants sociaux de la santé

Il existe des inégalités et des injustices en matière d'alimentation saine, de vie active et de poids santé à Ottawa, rendues évidentes par l'examen des facteurs de risque individuels et des déterminants sociaux de la santé fait dans le présent rapport. Bien qu'il existe des injustices les facteurs de risque individuels et les déterminants sociaux de la santé, des éléments importants ont été observés et sont présentées ci-dessous.

- 50 000 résidents d'Ottawa ne peuvent se procurer suffisamment d'aliments sains.
- Les élèves de la 7^e à la 12^e année de familles dont le statut socioéconomique est faible ont été plus nombreux que les autres à indiquer ne pas avoir déjeuné au cours des cinq derniers jours d'école (21 % contre 9 %).
- Les immigrants étaient plus nombreux à se trouver dans une situation d'insécurité alimentaire que les non-immigrants.
- Certains éléments indiquaient que les immigrants étaient moins actifs que les non-immigrants pendant leurs loisirs (39 % contre 49 %; inactifs).
- Les élèves plus vieux (9^e à 12^e année) ont été plus nombreux que les élèves plus jeunes (7^e et 8^e année) à dépasser les Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire en passant plus de deux heures devant un écran chaque jour (62 % contre 51 %).
- Les garçons (7^e à 12^e année) ont été plus nombreux que les filles à déclarer utiliser des modes de transport actifs pour se rendre à l'école (26 % contre 15 %).
- Les élèves immigrants (7^e à 12^e année) ont été plus nombreux à indiquer faire de l'embonpoint que les élèves non-immigrants (20 % contre 11 %).
- Les résidents à faible revenu présentaient une prévalence plus élevée de tous les obstacles à l'activité physique.

Aborder les questions de l'alimentation saine, de la vie active et du poids santé à la ville d'Ottawa

Comme les auteurs du rapport l'ont reconnu, le problème de l'obésité est complexe et requiert des solutions multidimensionnelles et multisectorielles, y compris des interventions qui vont au-delà des individus et qui créent des milieux favorables et sains pour les résidents de la ville d'Ottawa. En plus du présent rapport, Santé publique Ottawa a élaboré une *Stratégie pour la promotion de la saine alimentation et de la vie active* axée sur trois déterminants de l'obésité : la mauvaise alimentation, l'inactivité et la préoccupation culturelle par rapport au poids.

Par l'adoption de sa *Stratégie pour la promotion de la saine alimentation et de la vie active*, Santé publique Ottawa reconnaît l'importance des déterminants individuels et sociaux de la santé pour aider les résidents à adopter une alimentation saine, à être actifs et à conserver une image corporelle positive.

GUIDE DU RAPPORT

Pour la liste des définitions des termes utilisés dans le présent rapport, veuillez consulter le glossaire à la fin. À noter que l'estimation du « reste de l'Ontario » ou de l'« Ontario sans Ottawa » n'est pas celle de l'ensemble de la province étant donné qu'elle ne comprend pas Ottawa. Les écarts entre Ottawa et le reste de l'Ontario ne signifient pas qu'Ottawa soit différente des autres circonscriptions sanitaires de la province, mais plutôt que la ville se démarque de la moyenne des résidents du reste de l'Ontario.

Le présent rapport porte sur les principaux indicateurs liés à l'état de l'alimentation saine, de l'activité physique et du poids corporel dans la ville d'Ottawa et présente des données sur les ressources, par quartier, en matière d'alimentation et d'activité physique. Toutes les données proviennent des ensembles de données accessibles les plus à jour.

Présentation des données

Chaque indicateur analysé dans ce rapport présente un résumé des caractéristiques importantes ainsi que les différences statistiquement significatives entre les sous-populations (p. ex. sexe, âge, situation socioéconomique, statut d'immigrant, langue maternelle), comparativement au reste de l'Ontario et aux années précédentes, lorsque c'est possible. Seules les différences statistiquement significatives sont présentées ($P < 0,05$). Chaque section portant sur un indicateur débute par un préambule expliquant son importance sur la santé publique ainsi que la méthode utilisée pour la mesurer. Suit un encadré intitulé *En bref...* où sont résumées les conclusions et précisées notamment les différences significatives entre les sous-populations. Chaque section comporte également un tableau des indicateurs faisant le résumé des données historiques et des tendances observées au fil du temps, ainsi qu'un graphique des indicateurs qui présente une vue d'ensemble des résultats. Voici les types de tableaux et de graphiques contenus dans le rapport :

Tableaux sommaires des indicateurs

Ce type de tableau présente une vue d'ensemble des données de la ville d'Ottawa qui ont été analysées au cours de l'année la plus récente possible (première colonne) et au fil du temps (deuxième colonne), lorsque c'est possible. L'information sur les déterminants sociaux de la santé et les facteurs de risque individuels d'Ottawa est présentée en différentes lignes précédées d'un titre. La première ligne contient les résultats relatifs à l'ensemble de la population d'Ottawa. La deuxième fournit, si possible, les données relatives au reste de l'Ontario et met en relief les écarts par rapport à Ottawa, s'il y a lieu. Les lignes subséquentes renferment, s'il est possible ou approprié de le faire, les données relatives aux sous-populations réparties selon les déterminants de la santé suivants : âge, sexe, situation socioéconomique, revenu du ménage, niveaux d'études, milieu de résidence (rural ou urbain), langue maternelle, langue parlée à la maison, statut d'immigrant, niveau d'activité physique et indice de masse corporelle (IMC).

Graphiques sommaires des indicateurs

Ces graphiques présentent un résumé des données obtenues dans la ville d'Ottawa au cours de l'année la plus récente possible et font des comparaisons avec les résultats d'une année antérieure, les estimations pour le reste de l'Ontario, puis comparent les résultats obtenus entre les différentes sous-populations.

Les lignes verticales de chaque donnée représentent les intervalles de confiance de 95 % associées à chaque estimation. Les différences significatives ($P < 0,05$) entre les sous-populations sont indiquées au moyen de crochets ou du symbole †.

Milieu alimentaire par quartier selon les quintiles socioéconomiques, ville d'Ottawa, 2006

Ce tableau présente un résumé de l'ensemble des ressources alimentaires offertes dans chaque quartier de la ville d'Ottawa. Les quartiers sont regroupés en quintiles socioéconomiques. Le tableau indique une mesure de densité (nombre de ressources pour 1 000 résidents du quartier) ainsi que le nombre de ressources alimentaires pour les catégories suivantes : épiceries, magasins d'alimentation spécialisés, dépanneurs, restaurants-minute et restaurants. Les quartiers sont classés dans les quintiles socioéconomiques en fonction d'abord de la densité des ressources, puis du nombre de ressources alimentaires offertes; les trois premiers sont mis en évidence au moyen d'un code de couleur. Le tableau présente également le pourcentage de résidents dont l'IMC est de 25 kg/m² ou moins, ainsi que celui de résidents consommant au moins cinq légumes et fruits par jour.

Milieu récréatif par quartier selon les quintiles socioéconomiques, ville d'Ottawa, 2006

Ce tableau présente un résumé de l'ensemble des installations de loisirs offertes dans chaque quartier de la ville d'Ottawa. Les quartiers sont regroupés en quintiles socioéconomiques. Le tableau indique une mesure de densité (nombre de ressources pour 1 000 résidents du quartier) ainsi que le nombre d'installations de loisirs : parcs (m²), sentiers pédestres et pistes cyclables (km), installations intérieures et extérieures (pour l'hiver et pour l'été), et espaces verts (km²). Les quartiers sont classés dans les quintiles socioéconomiques d'abord en fonction de la densité des ressources, puis du nombre d'installations de loisirs offertes; les trois premiers sont mis en évidence au moyen d'un code de couleur. Le tableau présente également le pourcentage de résidents dont l'IMC est de 25 kg/m² ou plus, ainsi que celui de résidents qui sont très actifs ou modérément actifs, selon l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Sources des données

Ce rapport fournit une analyse descriptive des indicateurs de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel à Ottawa ainsi qu'une comparaison entre les données de cette dernière et celles du reste de l'Ontario (lorsque c'est possible). De nombreuses sources ont été consultées dans le cadre de la rédaction de ce rapport, notamment l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), le *Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario* (SCDSEO), le *Système de surveillance rapide des facteurs de risque* (SSRFR) et l'*Étude de quartiers d'Ottawa* (EQO). Nous avons utilisé les fichiers de données les plus récents auxquels nous avons accès, et il est à noter que l'année la plus récente n'est pas la même pour toutes les sources de données. Pour en savoir plus, consultez le [tableau 1](#).

Tableau 1 : Description des sources de données

Data Source	Description
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	L' <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes</i> (ESCC) est une enquête nationale menée auprès des ménages. Elle permet de recueillir de l'information sur l'état de santé et l'état socioéconomique des Canadiens de 12 ans et plus. La collecte de données a commencé en 2000. Dans le cadre de cette enquête, un vaste éventail de sujets sont examinés, tels que l'état de santé, les déterminants de la santé et l'utilisation du système de santé. Les données sur Ottawa sont disponibles pour les années 2000 à 2010. L'ESCC est réalisée par Statistique Canada.
Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario (SCDSEO)	Dans le cadre du sondage <i>Surveillance des facteurs de risque en Ontario – Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario</i> (SCDSEO), des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année des systèmes scolaires catholiques et publics de langue française et anglaise ont été sondés. Les écoles étaient sélectionnées de façon aléatoire, et le consentement actif des parents était requis. En 2011, 1 015 élèves d'Ottawa ont répondu au sondage, qui est mené par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM).
Étude de quartiers d'Ottawa (EQO)	Les caractéristiques environnementales ont été recueillies par l' <i>Étude de quartiers d'Ottawa</i> (www.neighbourhoodstudy.ca), une vaste étude des quartiers de la ville et des résultats en matière de santé. Les quartiers ont été définis en fonction des délimitations naturelles, des similitudes socioéconomiques et démographiques, des cartes des Services interagences d'Ottawa et de la rétroaction d'un groupe directeur sur la cartographie. La plupart étaient formés d'au moins 4 000 résidents. Les données environnementales, mesurées objectivement, ont été colligées en 2006, puis réévaluées en 2008 à l'aide des données et méthodes suivantes : 1) données du Recensement du Canada de 2006; 2) données des systèmes d'information géographique (SIG) du DMTI Spatial inc., de la Ville d'Ottawa et de la Commission de la capitale nationale (CCN); 3) communications téléphoniques avec diverses entreprises; 4) recherches sur Internet (p.ex. service Canada 411, sites Web, <i>Google Maps</i>); 5) connaissances de l'équipe au sujet des ressources des quartiers; 6) recherches sur le terrain et validation (en voiture, à pied ou à vélo).

Data Source	Description
Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)	<p>Le <i>Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)</i> est une enquête téléphonique permanente menée pour le compte de Santé publique Ottawa par l'Institute for Social Research de l'Université York auprès d'adultes de 18 ans et plus dans diverses circonscriptions sanitaires de l'Ontario. À Ottawa, la collecte de données a commencé en 2001; au moment de rédiger ce rapport, les données portant sur les années 2001 à 2011 étaient disponibles. Des ménages d'Ottawa sont choisis au hasard, et environ 100 résidents sont sondés chaque mois au sujet des comportements à risque pour la santé, ainsi que de l'état des connaissances de différents sujets qui ont une incidence sur la santé publique et des points de vue à l'égard de ces sujets.</p>

Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Stata V12 et IBM SPSS Statistics V19. Le test de signification a été réalisé au moyen du test de chi carré à un seuil de signification de $P < 0,05$. Diverses comparaisons ont été effectuées et ajustées au moyen de la correction de Bonferroni. Sauf indication contraire, seuls les résultats statistiquement significatifs suivant l'ajustement figurent dans les tableaux. Les résultats qui s'avéraient significatifs avant l'ajustement sont également présentés en tant que résultats importants, mais non statistiquement significatifs.

Les intervalles de confiance à 95 % (IC à 95 %) sont présentés à la suite de l'estimation, à l'aide d'une police plus petite et de parenthèses ou de crochets.

ABRÉVIATIONS

APMV : activité physique modérée ou vigoureuse

APV : activité physique vigoureuse

CAMH : Centre de toxicomanie et de santé mentale (*Centre for Addiction and Mental Health*)

CCN : Commission de la capitale nationale

ECMS : *Enquête canadienne sur les mesures de la santé*

EQO : Étude de quartiers d'Ottawa

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

IC : intervalle de confiance

IMC : indice de masse corporelle

IPAQ : International Physical Activity Questionnaire (questionnaire international sur l'activité physique)

MET : équivalents métaboliques

NSPO : Normes de santé publique de l'Ontario

SCDSEO : *Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario*

SCIAN : Système de classification des industries de l'Amérique du Nord

SFR : seuil de faible revenu

SIG : système d'information géographique

SS : situation socioéconomique

SSRFR : *Système de surveillance rapide des facteurs de risque*



Chapitre 1 Introduction



1. INTRODUCTION

Ce document s'inscrit dans une série de rapports complets sur l'état de santé publiés par Santé publique Ottawa. Ceux-ci représentent une importante partie du mandat de santé publique, qui consiste à faire état de la santé de la population et à colliger les éléments d'information nécessaires au repérage des tendances et des problèmes de santé d'intérêt public à Ottawa. Les données locales permettent par ailleurs d'adapter la planification et la prise de décisions dans le but d'améliorer la santé de la population d'Ottawa.

Le présent rapport présente un tour d'horizon de trois des cinq grands facteurs de risque associés aux maladies chroniques, soit l'alimentation saine, la vie active et le poids santé. Les données recueillies répondent aux exigences en matière de contrôle des Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO) selon lesquelles il faut faire un suivi de l'ampleur de ces facteurs au fil du temps et définir les tendances émergentes et les populations prioritaires. Le but de ces normes de prévention des maladies chroniques est ainsi formulé :

- **Réduire les maladies chroniques évitables qui ont une incidence sur la santé publique.**

Les exigences de cette norme en matière d'évaluation et de suivi, telles qu'énoncées dans les NSPO, établissent par ailleurs que les conseils de santé doivent surveiller l'abordabilité des aliments.

Le rapport *Une alimentation saine, une vie active et un poids santé, 2012* reconnaît que l'obésité constitue un enjeu de santé important complexifié par de nombreuses causes, lourdes de conséquences. Il existe tout un éventail de facteurs qui peuvent avoir un effet sur le bilan énergétique d'une personne et entraîner l'obésité. Ceux-ci comprennent les choix individuels (p. ex. le nombre de calories consommées par rapport au nombre de calories dépensées), mais aussi divers éléments des environnements social et bâti qui peuvent influencer les habitudes de vie de chacun. Les milieux dans lesquels nous vivons, apprenons, travaillons et nous amusons peuvent avoir un effet sur nos choix, notamment relativement à notre alimentation ou à notre niveau d'activité physique. Ce rapport fournit donc une analyse des données relatives à la prévalence, aux déterminants et aux effets de l'alimentation, de l'activité physique ainsi que de l'embonpoint et de l'obésité dans la ville d'Ottawa. Lorsque c'est possible, il traite également des tendances observées au fil du temps et les compare à celles du reste de l'Ontario.

Alimentation au Canada

Les légumes et fruits sont une source importante de fibres alimentaires, de vitamines et de minéraux. De plus, il a été démontré qu'un régime alimentaire riche en légumes et fruits aide à réduire les risques d'accident vasculaire cérébral¹, de cardiopathie², de diabète³ et de certains types de cancer⁴.

En 2010, moins de la moitié (43 %) des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont indiqué manger au moins cinq portions de légumes et fruits par jour.⁵ Au Canada, ce taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 50 % et 36 %).⁵

Selon le volet sur l'alimentation de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2004, les Canadiens consommaient en moyenne 110 grammes de sucre par jour, ce qui équivalait à 26

cuillères à thé.⁶ Trente pour cent (30 %) de cette quantité provenaient des légumes et fruits, et 35 %, de la catégorie « autres aliments », laquelle comprend les boissons gazeuses, les vinaigrettes et les friandises.⁶ Une proportion de 44 % de la consommation de sucre chez les enfants et les adolescents et de 35 % chez les adultes était attribuable aux boissons comme le lait, les jus de fruits et les boissons gazeuses.⁶

Les données canadiennes montrent que la quantité totale de calories consommées, par les hommes comme par les femmes, est associée à l'augmentation des risques d'obésité.⁷ Par ailleurs, le fait de consommer beaucoup de fibres réduit le risque d'obésité chez les hommes et les hommes qui sont obèses retirent de leur consommation de gras, saturés et monoinsaturés, un apport en énergie beaucoup plus élevé que ceux qui ne sont pas obèses.⁷

Activité physique au Canada

Il est notoire que la pratique régulière d'activité physique prévient la mortalité prématurée et plusieurs maladies chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, le cancer du côlon, le cancer du sein et le diabète de type 2.⁸ De plus, il existe une relation dose/effet indéniable entre le niveau d'activité physique et le risque de maladies chroniques et de mortalité prématurée : l'activité physique régulière et intense est associée à une réduction des risques.⁸

La sédentarité engendre quant à elle, en plus de faibles résultats en matière de santé, d'importants coûts économiques. En 2001, ceux-ci s'élevaient au Canada à environ 5,3 milliards de dollars, soit 2,6 % des coûts directement liés aux soins de santé, outre 3,7 milliards de dollars en coûts indirects.⁹

Au Canada, les niveaux d'activité physique varient selon que les données sont autodéclarées ou mesurées directement. Dans l'ESCC de 2009, 49 % des femmes et 56 % des hommes ont indiqué être modérément actifs pendant leurs loisirs¹⁰, alors que 14 % des femmes et 17 % des hommes respectaient les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* actuelles¹¹ selon les données d'accélérométrie directement mesurées de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009.¹²

Le niveau d'activité physique est encore plus alarmant chez les enfants. En effet, un pourcentage plus élevé de Canadiens âgés de 12 à 19 ans ont indiqué être au moins modérément actifs pendant leurs loisirs (78 % chez les garçons et 65 % chez les filles)¹⁰, mais les données directement mesurées présentaient des niveaux d'activité beaucoup plus faibles. Selon l'ECMS de 2009, environ 9 % des garçons et 4 % des filles de 6 à 19 ans ont fait de l'activité physique modérée ou vigoureuse (APMV) pendant 60 minutes et plus à raison d'au moins six jours par semaine.¹³

Les adultes, en plus de présenter un faible niveau d'activité physique, consacrent en moyenne 9,5 heures par jour à des activités sédentaires, ce qui correspond à 69 % environ de leur temps d'éveil.¹² De plus, les enfants passent la majorité de leur temps d'éveil à faire des activités sédentaires, soit environ 8,6 heures par jour.¹³

Embonpoint et obésité au Canada

Les notions d'embonpoint et d'obésité font référence à l'état d'une personne ayant un surpoids excessif et augmentent le risque de maladies chroniques et de mortalité prématurée.¹⁴⁻¹⁷ Le fardeau économique lié à l'obésité au Canada aurait augmenté, de 2000 à 2008, de 735 millions de dollars annuellement, passant de 3,9 à 4,6 milliards de dollars.¹⁸ Plusieurs facteurs peuvent influencer le bilan énergétique (quantité d'énergie entrant et sortant d'un système) et contribuer à l'obésité; ceux-ci comprennent les influences biologiques, comportementales, environnementales, économiques et sociales.¹⁹

Le taux d'obésité varie selon que le poids et la grandeur (utilisés pour calculer l'indice de masse corporelle [kg/m²]) sont autodéclarés ou directement mesurés. En 2009, 19 % des hommes et 17 % des femmes étaient considérés comme obèses selon leur poids et grandeur autodéclarés de l'ESCC²⁰, alors que, selon les données directement mesurées de l'ECMS, ces pourcentages étaient de 24 % chez les deux sexes.²¹

En 2009, on estimait que 20 % des adolescents canadiens (12 à 17 ans) faisaient de l'embonpoint ou souffraient d'obésité, selon leur poids et grandeur autodéclarés de l'ESCC²², alors qu'en fait, selon les données mesurées de l'ECMS relatives au poids et à la grandeur, on estimait qu'un peu plus de 26 % faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses.²³

Déterminants sociaux de la santé

L'Organisation mondiale de la Santé définit les *déterminants sociaux* dans les termes suivants : « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». ²⁴ Les circonstances auxquelles nous sommes exposés sont influencées par la répartition des ressources financières et politiques entre les échelons municipal, provincial, national et international. Les déterminants sociaux de la santé sont grandement responsables des inégalités et des iniquités en matière de santé qui existent entre les groupes d'individus d'une population donnée. ²⁴ Les inégalités réfèrent à la différence ou la variation des effets sur la santé et des comportements liés à la santé qui peuvent exister, alors que les iniquités réfèrent aux inégalités injustes en matière de santé qui proviennent d'une forme ou d'une autre d'injustice sociale. Bien qu'à Ottawa les iniquités en matière de santé existent, les données présentées dans ce rapport ne tiennent pas compte directement de l'injustice sociale. Les conclusions ayant trait à leur présence ne peuvent donc être présentées.

Voici les déterminants sociaux de la santé²⁵ :

1. Revenu et répartition du revenu
2. Scolarité
3. Chômage et sécurité d'emploi
4. Emploi et conditions d'emploi
5. Développement des jeunes enfants
6. Insécurité alimentaire
7. Logement
8. Exclusion sociale

9. Réseau de sécurité sociale
10. Services de santé
11. Appartenance à un groupe autochtone
12. Sexe
13. Race
14. Invalidité

Dans le présent rapport, nous avons tenté de montrer, dans la mesure du possible, comment les habitudes de vie et les effets sur la santé peuvent varier en fonction des déterminants sociaux de la santé, et ce, dans le but de cerner les zones possibles d'iniquité. Les déterminants sociaux de la santé inclus dans ce rapport comprennent le sexe, la scolarité, le revenu du ménage et la situation socioéconomique. Les indicateurs présentés ne sont aucunement exhaustifs, mais permettent de cibler des points d'intérêts futurs quant à la prestation de programmes. En plus des déterminants sociaux de la santé, le rapport fait part des facteurs de risque individuels qui peuvent avoir un impact sur la capacité d'un individu à manger sainement, à avoir une vie active et à maintenir un poids santé.



CHAPITRE 2

Alimentation saine

2. ALIMENTATION SAINE

Une alimentation saine permet d'améliorer sa qualité de vie et de réduire les risques de plusieurs maladies chroniques, dont l'embonpoint et l'obésité. L'alimentation saine se traduit par la consommation de quantités et de types de nourriture adéquats ainsi que par la consommation réduite d'aliments et de boissons riches en calories, en gras, en sucre et en sel (sodium). La présente section traite de diverses mesures pour une alimentation saine, notamment l'allaitement, la prise d'un déjeuner, la consommation réduite de boissons sucrées ou à haute teneur en caféine, la consommation de légumes et fruits ainsi que d'aliments prêts-à-servir et de mets de restauration. Elle fournit également de l'information sur le coût d'une alimentation saine pour une famille de quatre personnes, à Ottawa, le nombre de personnes qui ont recours à la Banque d'alimentation d'Ottawa, la prévalence de la sécurité alimentaire et la répartition des ressources alimentaires entre les quartiers de la ville.

Lorsqu'il était possible et approprié de le faire, nous avons analysé l'information actuellement disponible relative à la ville d'Ottawa. À noter toutefois que les mesures énoncées dans le présent rapport ne constituent pas une liste exhaustive des facteurs importants en matière de saines habitudes alimentaires.

Recommandations du *Guide alimentaire canadien*

Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, préparé par Santé Canada, est une ressource accessible au public qui définit l'alimentation saine et qui en fait la promotion auprès des Canadiens. Le Guide recommande le nombre de portions pour les quatre groupes alimentaires, soit légumes et fruits, produits céréaliers, lait et substituts, et viandes et substituts, que devraient consommer chaque jour les enfants, les adolescents et les adultes. Le **tableau 2** présente un résumé du *Guide alimentaire canadien*. Pour consulter *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, visitez le www.santecanada.gc.ca/guidealimentaire.

Ces lignes directrices visent à aider les consommateurs à respecter les apports nutritionnels de référence et à prévenir les maladies chroniques. Il est toutefois complexe pour chacun de mesurer son apport alimentaire en raison de la multiplicité des aliments, des préférences personnelles, de la définition d'une portion et de la variation des habitudes alimentaires au quotidien et d'une saison à l'autre.

Tableau 2 : Nombre de portions quotidiennes recommandé par *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*

	Enfants			Adolescents		Adultes			
	2-3 ans	4-8 ans	9-13 ans	14-18 ans		19-50 ans		51+ ans	
	Filles et garçons			Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Légumes et fruits	4	5	6	7	8	7-8	8-10	7	7
Produits céréaliers	3	4	6	6	7	6-7	8	6	7
Lait et substituts	2	2	3-4	3-4	3-4	2	2	3	3
Viandes et substituts	1	1	1-2	2	3	2	3	2	3
L'alimentation quotidienne doit aussi comprendre une petite quantité (de 30 à 45 ml ou environ 2 à 3 c. à soupe) de gras non saturés.									

Source : *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, 2008.

Allaitement

L'allaitement est une façon naturelle de fournir aux nourrissons et aux tout-petits tous les nutriments essentiels à leur croissance et à leur développement, sans compter les avantages émotionnels qu'il apporte à la mère comme au bébé. De plus, le lait maternel offre des avantages immunologiques et de nombreux autres bienfaits. Par exemple, l'allaitement contribue potentiellement à réduire les risques d'obésité et de diabète de type 2 plus tard et à favoriser le retour au poids normal de la mère après l'accouchement.²⁶⁻²⁸ Selon une étude récente menée auprès d'enfants et d'adolescents australiens, le fait d'allaiter un bébé pendant au moins six mois aurait sur celui-ci, une fois enfant ou adolescent, un effet protecteur contre l'embonpoint et l'obésité.²⁹

Les nourrissons devraient être exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois, puis recevoir des aliments complémentaires jusqu'à l'âge de deux ans, au moins. L'allaitement exclusif signifie que le nourrisson n'est nourri que du lait maternel et donc qu'on ne lui donne aucun autre liquide (pas même de l'eau), ni solide.³⁰

On trouve des données relatives à la durée de l'allaitement à Ottawa et en Ontario dans l'ESCC. En effet, les femmes âgées de 15 à 55 ans qui ont donné naissance au cours des cinq dernières années ont été sondées sur leur choix d'allaiter ou non leur dernier enfant et sur la durée de l'allaitement. Le présent rapport traite des taux d'allaitement exclusif et non exclusif jusqu'à six mois chez les femmes de 15 à 49 ans. Les femmes qui allaitent toujours leur bébé sont exclues des résultats étant donné qu'on ne peut connaître la durée totale de l'allaitement dans leur cas. Les données sur l'allaitement, comme l'intention d'allaiter, le taux d'allaitement, la durée de l'allaitement et la raison d'arrêter seront analysées en détail dans un rapport à venir sur la santé de la reproduction et des nourrissons.

EN BREF...

- La majorité des mères vivant à Ottawa (71 %) ont allaité leur dernier bébé de façon **non exclusive** pendant au moins six mois, tandis que moins de la moitié (41 %) des mères ont opté pour l'allaitement **exclusif** de leur dernier bébé pendant au moins six mois.
- Les taux d'allaitement (pendant six mois, exclusif ou non) ont augmenté entre 2003 et 2009-2010 à Ottawa, où ils sont plus élevés que dans le reste de la province.

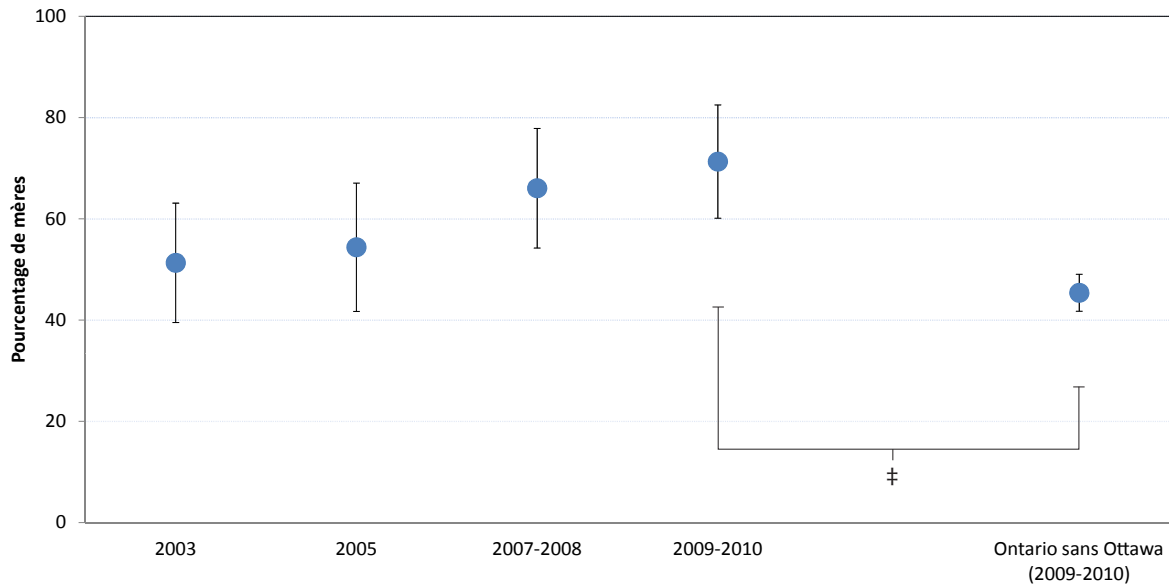


Tableau 3 : Taux d'allaitement selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, de 2003 à 2009-2010

	Allaitement (pendant six mois) en 2009-2010	Tendances en matière d'allaitement (de 2003 à 2009-2010)
Échantillon total	<p>À Ottawa, 71,3 % (60,1 %, 82,5 %) des mères qui ont donné naissance au cours des 5 dernières années ont allaité leur bébé de façon non exclusive pendant au moins 6 mois.</p> <p>À Ottawa, 41,0 % (29,2 %, 52,8 %) des mères ont exclusivement allaité leur bébé pendant au moins 6 mois.</p>	<p>Entre 2003 et 2009-2010, la proportion des mères à Ottawa qui ont donné naissance dans les 5 dernières années et qui ont allaité leur bébé de façon non exclusive pendant au moins 6 mois a augmenté, passant de 51,3 % (39,5 %, 63,1 %) en 2003 à 54,4 % (41,7 %, 67,1 %) en 2005, puis à 66,1 % en 2007-2008 (54,3 %, 77,9 %) et à 71,3 % (60,1 %, 82,5 %) en 2009-2010.</p> <p>L'allaitement exclusif pendant au moins 6 mois a également connu une hausse, passant de 18,1 %* (8,3 %, 27,9 %) en 2003 et 17,3 %* (8,7 %, 25,9 %) en 2005 à 28,6 %* (15,7 %, 41,4 %) en 2007-2008 et 41,0 % (29,2 %, 52,8 %) en 2009-2010.</p>
Reste de l'Ontario	<p>Dans le reste de l'Ontario, 45,4 % (41,8 %, 49,1 %) des mères ont allaité leur bébé de façon non exclusive pendant au moins 6 mois et 24,1 % (20,7 %, 27,4 %) ont opté pour l'allaitement exclusif pendant au moins 6 mois.</p> <p>Comparativement au reste de l'Ontario les mères d'Ottawa étaient plus nombreuses à opter pour l'allaitement exclusif et non exclusif.</p>	<p>Une tendance similaire a été observée en 2007-2008 et en 2003 pour ce qui est de l'allaitement pendant au moins 6 mois et, en 2009-2010, pour l'allaitement exclusif pendant au moins 6 mois.</p>

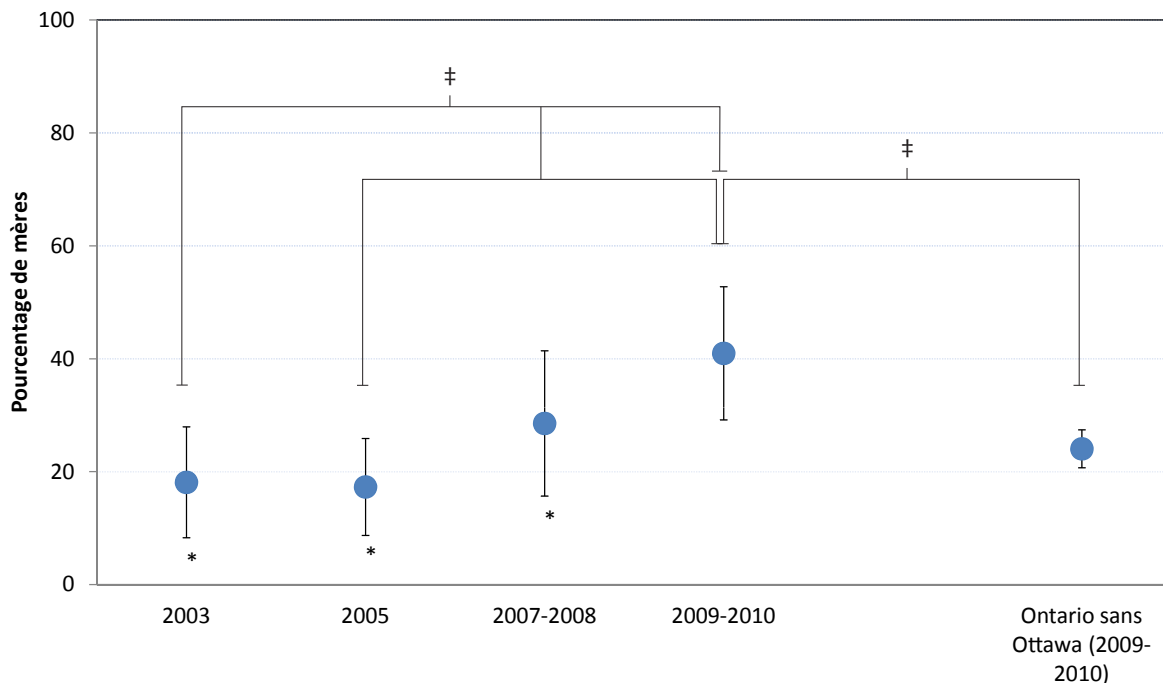
*= Interpréter avec prudence pour cause d'échantillon hétéroclite.

Graphique 1 : Pourcentage de mères qui ont allaité leur dernier bébé de façon non exclusive pendant au moins six mois, Ottawa, de 2003 à 2009-2010, et le reste de l'Ontario, 2009-2010



Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010). Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada. Le symbole ‡ indique qu'il existe des différences notables entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Graphique 2 : Pourcentage de mères qui ont opté pour l'allaitement exclusif de leur dernier bébé pendant au moins six mois, Ottawa, de 2003 à 2009-2010, et le reste de l'Ontario, 2009-2010



Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010). Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada. * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons notables sont illustrées.

Prise du déjeuner chez les adolescents

Les élèves qui déjeunent chaque matin sont plus susceptibles de satisfaire leurs besoins nutritionnels quotidiens. Ils tendent également à avoir un meilleur rendement scolaire, une plus grande assiduité et moins de retards.³¹ Le fait de déjeuner réduit par ailleurs le risque de faire de l'embonpoint.³¹ Dans le cadre du Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, en 2009 et en 2011, on a demandé aux élèves (de la 7^e à la 12^e année) combien de fois ils avaient déjeuné au cours des cinq derniers jours d'école, que ce soit à la maison, en route vers l'école, ou à l'école avant le début des cours (par *déjeuner*, on entendait prendre plus qu'un verre de lait ou de jus de fruits).

EN BREF...

- À Ottawa, près de 60 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont répondu avoir pris un déjeuner les cinq derniers jours d'école.
- Les élèves d'Ottawa semblent déjeuner plus souvent que ceux du reste de l'Ontario.
- Certains éléments indiquent que les hommes auraient tendance à déjeuner plus souvent que les femmes.
- Les élèves de situation socioéconomique plus faible ont été plus nombreux que ceux de situation socioéconomique plus élevée à indiquer ne jamais avoir déjeuné au cours des cinq derniers jours d'école.
- Certains éléments indiquent que les élèves dont les parents ont poursuivi des études postsecondaires auraient plus tendance à prendre un déjeuner.
- Aucune différence significative quant à la prise du déjeuner n'a été observée selon l'année, le statut d'immigrant, la langue parlée à la maison ou l'IMC.



Tableau 4 : Taux de prise de déjeuner chez les élèves (de la 7^e à la 12^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2011

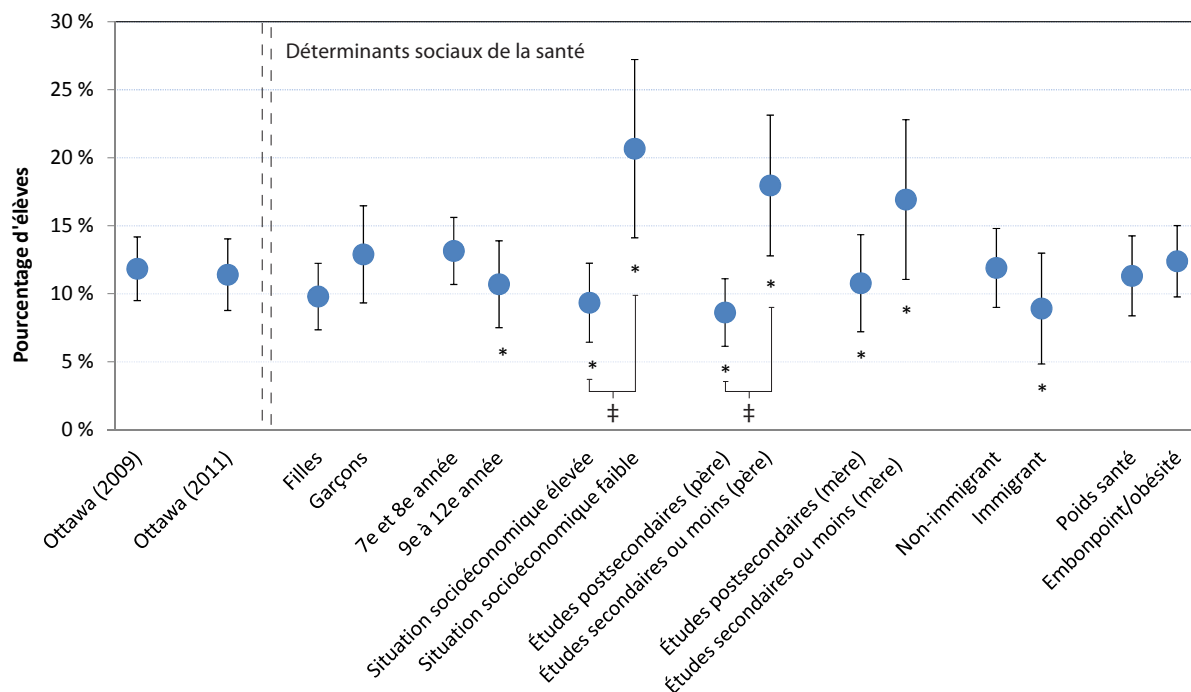
	Prise du déjeuner en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de prise du déjeuner (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	Dans l'ensemble, 57,6 % (51,3 %, 63,6 %) des élèves d'Ottawa ont répondu avoir déjeuné les 5 derniers jours d'école. De plus, 14,3 % (11,4 %, 17,6 %) d'élèves ont indiqué avoir déjeuné 3 ou 4 fois dans les 5 derniers jours, 16,8 % (14,5 %, 19,4 %) ont répondu avoir déjeuné 1 ou 2 fois dans les cinq derniers jours, et 11,4 % (8,8 %, 14,7 %) ont indiqué ne jamais avoir déjeuné dans les 5 derniers jours.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009.
Reste de l'Ontario	Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.	Les élèves d'Ottawa (59,1 % [54,5 %, 63,5 %]) ont été plus nombreux à répondre avoir déjeuné les 5 derniers jours d'école, comparativement à ceux du reste de l'Ontario (50,8 % [49,2 %, 52,5 %]). Les élèves du reste de l'Ontario ont été plus nombreux que ceux d'Ottawa à indiquer avoir déjeuné 3 ou 4 fois (15,7 % [14,6 %, 16,9 %] contre 12,6 % [11,2 %, 14,3 %]) ou jamais (15,5 % [14,2 %, 16,8 %] contre 11,8 % [9,5 %, 14,7 %]) dans les 5 derniers jours d'école.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Les filles ont été plus nombreuses à affirmer avoir déjeuné 1 ou 2 fois dans les 5 derniers jours d'école (22,5 % [19,8 %, 25,5 %] contre 11,5 % [9,3 %, 14,1 %]). Aucune autre différence entre les deux sexes n'a été notée en ce qui concerne la prise du déjeuner.	En 2009, des différences similaires ont été observées en plus d'avoir plus de garçons que de filles qui ont répondu avoir déjeuné les 5 derniers jours d'école (65,4 % [60,6 %, 70,0 %] contre 52,3 % [46,5 %, 58,0 %]).
Années scolaires	Aucune différence n'a été observée entre les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année et ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année.	De même, aucune différence n'a été observée entre les élèves de différentes années scolaires en 2009.

	Prise du déjeuner en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de prise du déjeuner (2009 par rapport à 2011)
Situation économique familiale	<p>Les élèves de situation socioéconomique faible ont été plus nombreux (20,7 %* [14,1 %, 29,2 %]) à indiquer ne jamais avoir déjeuné au cours des 5 derniers jours d'école que ceux de situation socioéconomique élevée (9,3 %* [6,4 %, 13,4 %]).</p> <p>De plus, les élèves de situation socioéconomique élevée ont été plus nombreux (61,3 % [53,5 %, 68,5 %]) à répondre avoir déjeuné les 5 derniers jours d'école que ceux de situation socioéconomique faible (41,6 % [32,2 %, 51,7 %]).</p>	Les données relatives à la situation socioéconomique familiale ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Les élèves dont le père n'avait pas dépassé le diplôme d'études secondaires (18,0 %* [12,8 %, 24,6 %]) ont été plus nombreux à répondre ne jamais avoir déjeuné dans les 5 derniers jours d'école que ceux dont le père avait poursuivi des études postsecondaires (8,6 %* [6,1 %, 12,0 %]).	Aucune différence statistique n'a été observée par rapport à 2009 sur ce point.
Scolarité de la mère	Aucune différence n'a été observée en fonction du niveau scolaire de la mère.	Les élèves dont la mère avait poursuivi des études postsecondaires (62,7 % [57,3 %, 67,7%]) ont été plus nombreux à répondre avoir déjeuné les 5 jours d'école précédents que ceux dont la mère n'avait pas dépassé le diplôme d'études secondaires (44,1 % [36,5 %, 51,9 %]).
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant.	De même, aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant en 2009.
Langue parlée à la maison	Aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison.	De même, aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison en 2009.

	Prise du déjeuner en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de prise du déjeuner (2009 par rapport à 2011)
Indice de masse corporelle	Aucune différence n'a été observée selon l'IMC.	De même, aucune différence n'a été observée selon l'IMC en 2009.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 3 : Pourcentage d'élèves (de la 7^e à la 12^e année) qui ont répondu ne jamais avoir déjeuné au cours des cinq derniers jours d'école, selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2009 et 2011 – Surveillance des facteurs de risque en Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Consommation de boissons sucrées chez les adolescents

La consommation de boissons sucrées, ne serait-ce qu'une fois par semaine, accroît le risque de faire de l'embonpoint ou de souffrir d'obésité.³² Une bouteille de 355 mL de boisson gazeuse contient l'équivalent de 10 cuillères à thé de sucre, mais est dépourvue de vitamines, de minéraux et de protéines. Cela en fait une boisson riche en calories et pauvre en nutriments, donc qui favorise l'embonpoint. Dans le cadre du SCDSEO de 2009 et 2011, on a demandé aux élèves de la 7^e à la 12^e année combien ils avaient bu de boissons gazeuses ou de boissons pour sportifs (p. ex. Coke, Pepsi, Sprite et Gatorade), excluant les jus de fruits, au cours des sept derniers jours.

EN BREF...

- Seulement un élève sur cinq (21%), de la 7^e à la 12^e année, a indiqué ne pas avoir bu de boissons sucrées au cours de la dernière semaine, et environ un sur dix (12%) a mentionné en avoir bu au moins une par jour.
- En 2009, les élèves d'Ottawa ont été plus nombreux que ceux du reste de l'Ontario à indiquer n'avoir consommé aucune boisson sucrée.
- Les garçons ont été plus nombreux que les filles à répondre qu'ils avaient consommé des boissons sucrées (et en plus grande quantité).
- Certains éléments indiquent que les élèves de 7^e et de 8^e année consommeraient moins de boissons sucrées que ceux de la 9^e à la 12^e année.
- Certains éléments indiquent que les mères ayant une situation socioéconomique plus élevée consommeraient moins de boissons sucrées. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée selon la situation socioéconomique de la famille, le niveau scolaire des parents, le statut d'immigrant, la langue parlée à la maison ou l'IMC.

Tableau 5 : Taux de consommation de boissons sucrées chez les élèves (de la 7^e à la 12^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2011

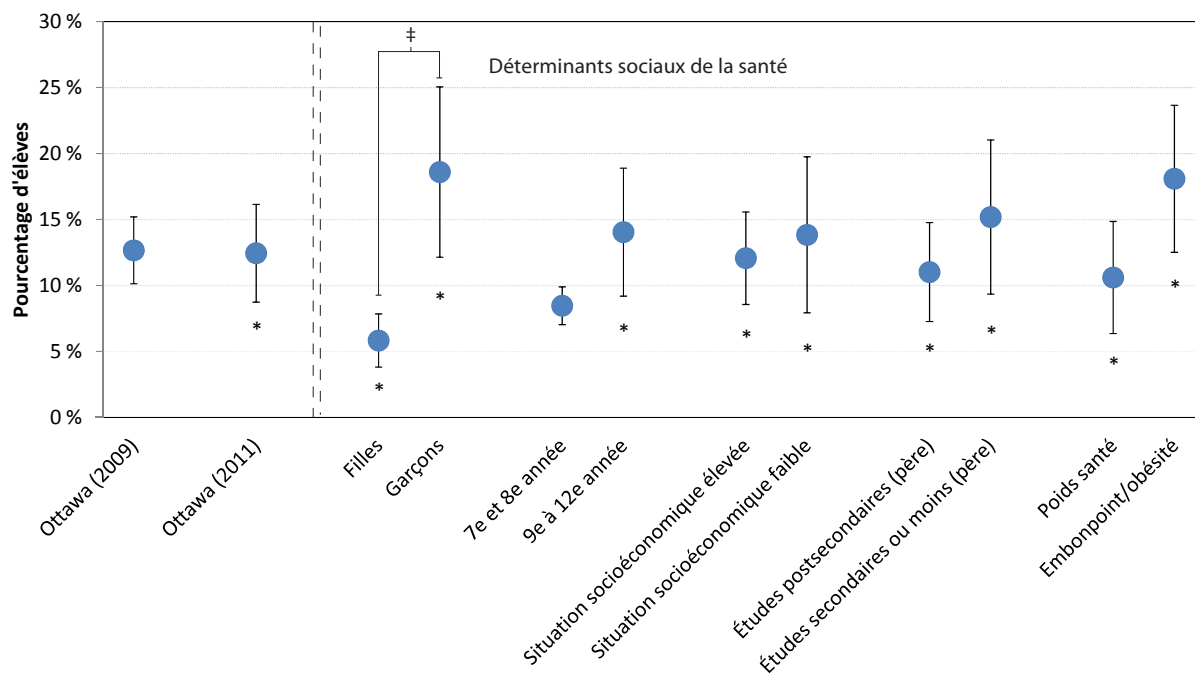
	Consommation de boissons sucrées en 2011 (de la 7 ^e à la 12 ^e année)	Tendances en matière de consommation de boissons sucrées (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	Dans l'ensemble, 20,5 % (17,1 %, 24,3 %) des élèves d'Ottawa ont répondu n'avoir consommé aucune boisson sucrée dans les 7 jours précédant le sondage. De plus, 25,8 % (19,8 %, 32,9 %) ont indiqué avoir consommé une boisson sucrée, 34,1 % (30,3 %, 38,2 %) ont répondu en avoir bu 2 à 4, 7,2 % (5,5 %, 9,3 %) ont indiqué en avoir bu 5 ou 6, et 12,4 %* (8,7 %, 17,4 %) ont indiqué en avoir bu au moins une par jour au cours des 7 derniers jours.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009.
Reste de l'Ontario	Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.	En 2009, les élèves d'Ottawa ont été plus nombreux que ceux du reste de l'Ontario à indiquer n'avoir consommé aucune boisson sucrée dans les sept jours précédant le sondage 20,0 % [17,4 %, 22,8 %] contre 16,0 % [14,9 %, 17,2 %].
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Les garçons ont été plus nombreux que les filles à répondre avoir consommé 5 à 6 boissons sucrées (10,5 % [8,0 %, 13,8 %] contre 3,5 %* [2,0 %, 6,1 %]) et au moins une par jour (18,6 %* [12,1 %, 27,4 %] contre 5,8 %* [3,8 %, 8,8 %]) au cours des 7 derniers jours.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009. De plus, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à indiquer n'avoir bu aucune boisson sucrée dans les 7 derniers jours (27,9 % [23,5 %, 32,7 %] contre 12,6 % [10,8 %, 14,6 %]).

	Consommation de boissons sucrées en 2011 (de la 7 ^e à la 12 ^e année)	Tendances en matière de consommation de boissons sucrées (2009 par rapport à 2011)
Années scolaires	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée entre les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année et ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année.	En 2009, les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année (27,9 % [24,5 %, 31,6 %]) ont été plus nombreux que ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année (20,4 % [17,6 %, 23,4 %]) à indiquer avoir consommé une boisson sucrée au cours des 7 derniers jours. Les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année (24,9 % [19,8 %, 30,9 %]) ont été plus nombreux que ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année (17,9 % [15,1 %, 21,2 %]) à répondre n'avoir consommé aucune boisson sucrée au cours des 7 derniers jours. Cette différence n'est toutefois pas significative.
Situation socioéco- nomique familiale	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée entre les élèves de situation socioéconomique élevée et ceux de situation économique faible.	Les données relatives à la situation économique familiale ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée selon la scolarité du père.	De même, aucune différence n'a été observée selon la scolarité du père en 2009.
Scolarité de la mère	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée selon la scolarité de la mère.	En 2009, les élèves dont la mère avait poursuivi des études postsecondaires ont été plus nombreux à répondre n'avoir pas consommé de boisson sucrée au cours des 7 derniers jours, que ceux dont la mère n'avait pas dépassé le diplôme d'études secondaires. Cette différence n'est cependant pas significative (20,8% (17,8%, 24,2%) contre 14,0% (9,4%, 20,3%)).
Statut d'immigrant	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée selon le statut d'immigrant.	De même, aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant en 2009.

	Consommation de boissons sucrées en 2011 (de la 7 ^e à la 12 ^e année)	Tendances en matière de consommation de boissons sucrées (2009 par rapport à 2011)
Langue parlée à la maison	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée selon la langue parlée à la maison.	De même, aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison en 2009.
Indice de masse corporelle	Aucune différence quant à la consommation de boissons sucrées n'a été observée selon l'IMC.	De même, aucune différence n'a été observée selon l'IMC en 2009.

* = Interpréter avec prudence –échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 4 : Pourcentage d'élèves (de la 7^e à la 12^e année) qui ont répondu avoir bu au moins une boisson sucrée par jour au cours des sept derniers jours, Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2009 et 2011 – Surveillance des facteurs de risque en Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence –échantillon hétéroclite; le symbole † indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine chez les adolescents

Il a été démontré que la consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine entraîne chez les enfants et les adolescents une augmentation des risques de maux de tête³³, de troubles du sommeil³⁴ et d'hypertension artérielle³⁵. Dans le cadre du SCDSEO de 2011, des élèves (de la 7^e à la 12^e année) ont été interrogés sur le nombre de boissons énergisantes à haute teneur en caféine, comme Red Bull, Rockstar, Full Throttle, Monster, qu'ils avaient bues au cours des sept derniers jours. Une bouteille de 8,3 oz (245 ml) contient 66,7 mg de caféine.³⁶ Santé Canada a récemment modifié la réglementation relative à la caféine : le maximum a été fixé à 85 mg par jour pour les enfants de 10 à 12 ans et il a été établi que les jeunes de 13 ans et plus ne devraient pas consommer plus de 2,5 mg par kg de leur poids corporel.³⁷

EN BREF...

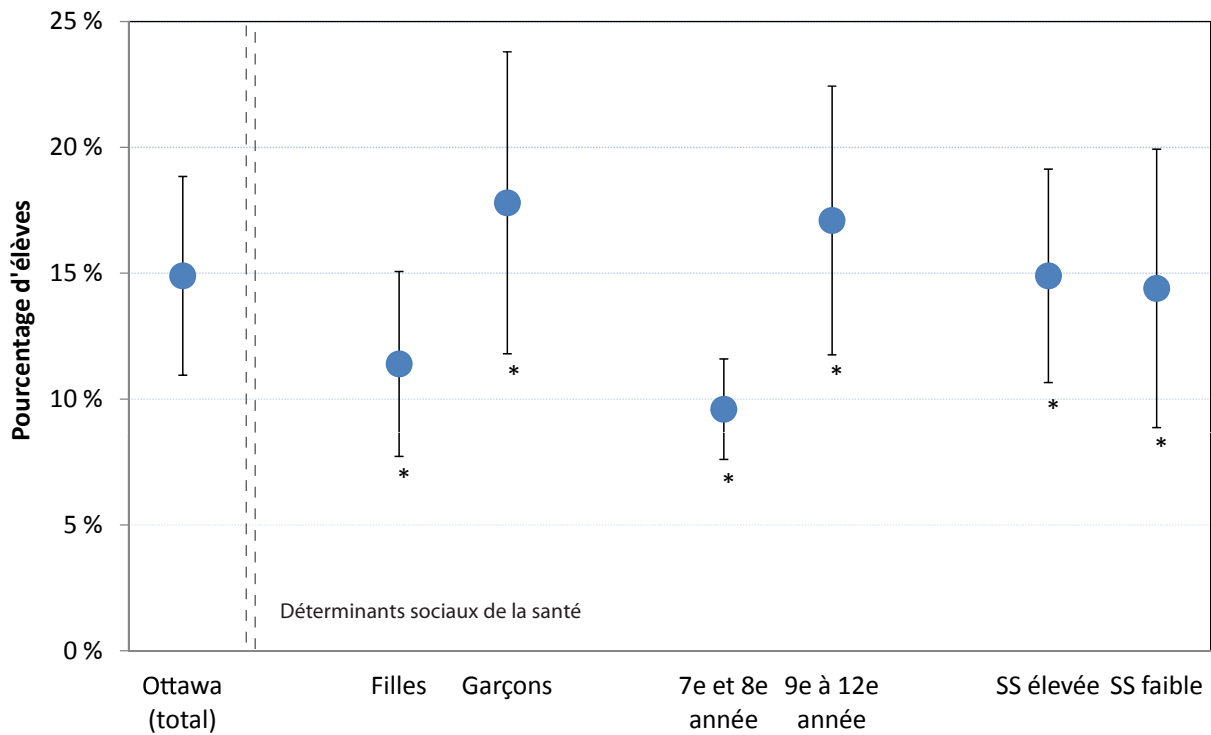
- La moitié des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré n'avoir consommé aucune boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours des douze derniers mois.
- Les immigrants ont été plus nombreux à répondre n'avoir consommé aucune boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours des 12 derniers mois.
- Certains éléments indiquent que les élèves de la 7^e et de la 8^e année consommeraient moins de boissons énergisantes à haute teneur en caféine que ceux de la 9^e à la 12^e année, et que ceux qui parlent une autre langue que l'anglais ou le français. Cependant, plus de données sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée selon le sexe, la situation socioéconomique familiale, la scolarité des parents ou l'IMC.

Tableau 6 : Taux de consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine chez les élèves (de la 7^e à la 12^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2011

Consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine en 2011 (de la 7^e à la 12^e année)	
Élèves d'Ottawa	Dans l'ensemble, 14,9 % (11,0 %, 20,0 %) des élèves d'Ottawa ont répondu avoir bu au moins une boisson énergisante à haute teneur en caféine dans les 7 jours précédant le sondage. De plus, 35,5 % (30,6 %, 40,8 %) ont indiqué n'en avoir bu aucune au cours des 7 derniers jours, mais au moins une au cours des 12 derniers mois, et 49,6 % (42,5 %, 56,7 %) ont répondu n'en avoir bu aucune au cours des 12 derniers mois.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)	
Sexe	Aucune différence quant à la consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine n'a été observée entre les sexes.
Années scolaires	Certains éléments indiquent que les élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année (17,1 %* [11,7 %, 24,2 %]) buvaient plus souvent des boissons énergisantes à haute teneur en caféine (au moins une dans les 7 derniers jours) que ceux de 7 ^e et de 8 ^e année (9,6 % [7,6 %, 12,1 %]). Toutefois, probablement en raison de la petite taille des échantillons, cette différence n'était pas statistiquement significative.
Situation socioéconomique familiale	Aucune différence quant à la consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine n'a été observée entre les élèves de situations socioéconomiques faible et élevée.
Scolarité du père	Aucune différence quant à la consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine n'a été observée selon la scolarité du père.
Scolarité de la mère	Aucune différence quant à la consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine n'a été observée selon la scolarité de la mère.
Statut d'immigrant	Les immigrants (68,5 % [50,0 %, 82,6 %]) ont été plus nombreux à indiquer n'avoir consommé aucune boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours des 12 derniers mois que les non-immigrants (45,8 % [38,9 %, 52,8 %]).
Langue parlée à la maison	Certains éléments indiquent que les élèves qui parlaient à la maison une langue autre que l'anglais et le français (70,3 % [51,7 %, 84,0 %]) étaient plus nombreux que ceux qui parlaient seulement anglais à la maison (44,6 % [36,8 %, 52,7 %]) à indiquer n'avoir bu aucune boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours des 12 derniers mois. Toutefois, probablement en raison de la petite taille des échantillons, cette différence n'était pas statistiquement significative.
Indice de masse corporelle	Aucune différence quant à la consommation de boissons énergisantes à haute teneur en caféine n'a été observée selon l'IMC.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 5 : Pourcentage d'élèves de la 7e à la 12e année qui ont répondu avoir bu au moins une boisson énergisante à haute teneur en caféine au cours des sept derniers jours, Ottawa, 2011



Source : Surveillance des facteurs de risque en Ontario – SCDSEO (2011), Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes.

Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées. SS : situation socioéconomique.

Consommation de légumes et fruits

Les légumes et fruits sont des éléments importants d'une alimentation saine et peuvent prévenir de nombreuses maladies, comme le diabète et différents types de cancer et de maladies cardio-vasculaires.³⁸⁻⁴¹ La consommation de légumes et fruits offre de nombreux bienfaits dont un apport plus important en fibres alimentaires et en vitamines et minéraux, en plus de favoriser un meilleur contrôle des portions.⁴²

L'ESCC comporte sept questions sur la fréquence de consommation de légumes et fruits, sans toutefois s'attarder à la quantité. Or la fréquence n'est pas un indicateur du nombre de portions consommées par jour, mais plutôt du nombre de fois que l'on mange des légumes et fruits. Il a été démontré que le questionnaire était d'une fiabilité et d'une validité discutables.⁴³

En général, ce questionnaire ne convient pas pour déterminer si la population respecte les recommandations, selon l'âge et le sexe, du *Guide alimentaire canadien*. Les données ainsi obtenues peuvent toutefois servir au suivi des habitudes au fil du temps.

Consommation de légumes et fruits chez les adolescents

EN BREF...

- La moitié des adolescents d'Ottawa (51 %) consomment quotidiennement des légumes et fruits au moins cinq fois par jour, proportion semblable à celle enregistrée dans le reste de l'Ontario.
- Certains éléments indiquent que les adolescentes consommeraient plus de légumes et fruits que les adolescents; cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.

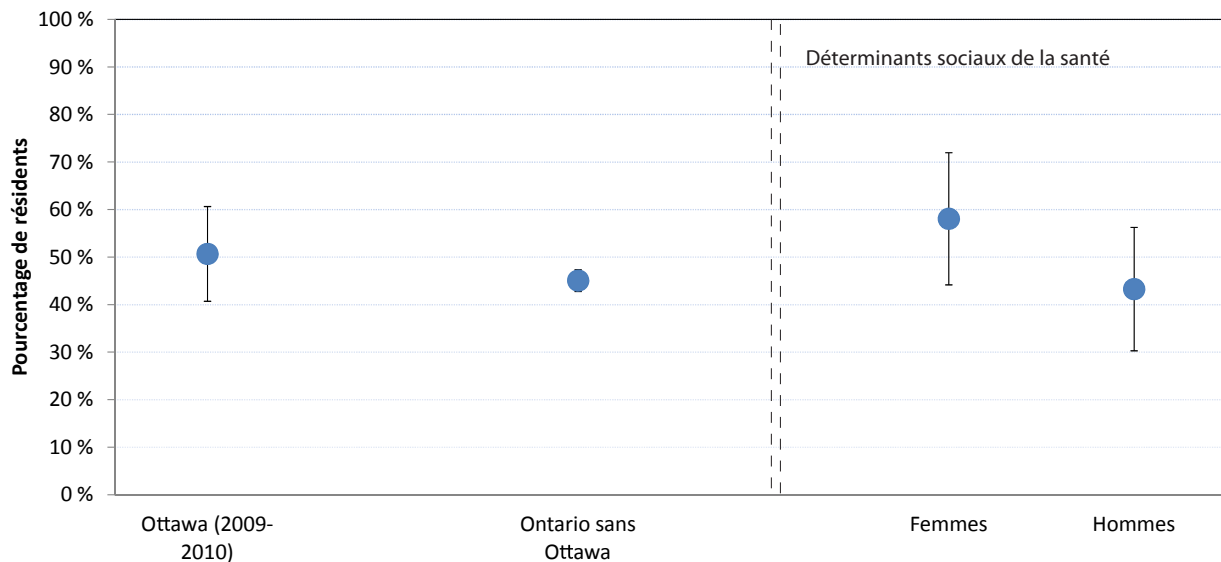


Tableau 7 : Consommation de légumes et fruits chez les adolescents (de 12 à 19 ans) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa et le reste de l'Ontario, de 2003 à 2009-2011

	Consommation de légumes et fruits chez les adolescents (de 12 à 19 ans) en 2009-2010	Tendances en matière de consommation de légumes et fruits chez les adolescents (de 2003 à 2009-2010)
Échantillon total	En 2009-2010, la moitié des adolescents d'Ottawa âgés de 12 à 19 ans (50,7 % [40,7 %, 60,6 %]) consommaient au moins 5 légumes et fruits par jour.	Les chiffres sont comparables à ceux qui ont été observés chez les adolescents entre 2003 et 2007-2008.
Reste de l'Ontario	Aucune différence n'a été observée entre les adolescents d'Ottawa et ceux du reste de la province, où 45,1 % (42,8 %, 47,3 %) des jeunes ont répondu qu'ils consommaient au moins 5 légumes et fruits par jour.	Aucune différence n'a été observée entre les jeunes d'Ottawa et ceux du reste de la province entre 2003 et 2007-2008.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Certains éléments indiquent que les garçons sont moins nombreux (43,3 % [30,3 %, 56,3 %]) à consommer 5 légumes et fruits par jour que les filles (58,1 % [44,2 %, 72,0 %]). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2003 et 2007-2008.

Remarque : Seuls les résultats fiables figurent dans le présent rapport. Les données sur la consommation de légumes et fruits obtenues pour 2009-2010 mise en rapport avec l'indice de masse corporelle, le revenu du ménage, la sécurité alimentaire, le milieu de résidence (urbain/rural), la langue maternelle et le statut d'immigrant ne sont pas fiables en raison de la taille des échantillons.

Graphique 6 : Pourcentage d'adolescents (de 12 à 19 ans) qui ont répondu consommer au moins cinq légumes et fruits par jour, selon le sexe, Ottawa et le reste de l'Ontario, 2009-2010



Data source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Consommation de légumes et fruits chez les adultes

EN BREF...

- Moins de la moitié (45%) des adultes d'Ottawa (20 ans et plus) ont indiqué consommer des légumes et fruits au moins cinq fois par jour, proportion semblable à celle enregistrée dans le reste de l'Ontario.
- Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à répondre qu'elles consommaient au moins cinq légumes et fruits par jour.
- Certains éléments indiquent que les adultes se trouvant dans une situation d'insécurité alimentaire seraient susceptibles de consommer moins de légumes et fruits par jour (de 2007 à 2008).
- Aucune différence significative n'a été observée selon l'âge, la scolarité, le revenu du ménage, le milieu de résidence (urbain/rural), la langue maternelle ou la catégorie d'IMC.

Tableau 8 : Consommation de légumes et fruits chez les adultes (20 ans et plus) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, de 2003 à 2009-2010

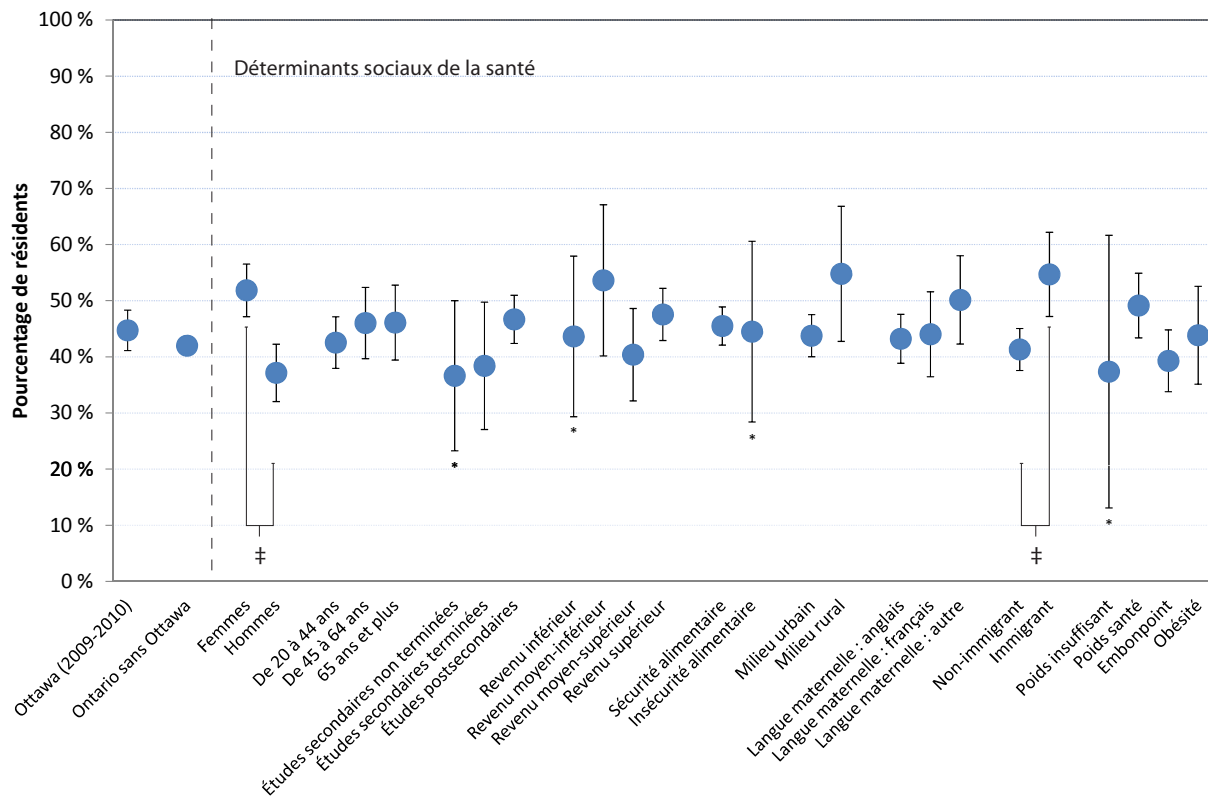
	Consommation de légumes et fruits chez les adultes (20 ans et plus) en 2009-2010	Tendances en matière de consommation de légumes et fruits chez les adultes (de 2003 à 2009-2010)
Échantillon total	En 2009-2010, 44,7 % (41,1 %, 48,3 %), des adultes d'Ottawa, soit environ 290 100 personnes, ont répondu consommer au moins 5 légumes et fruits par jour, et environ 358 600 adultes (55,3 %, [51,7 %, 58,9 %]) ont indiqué qu'ils consommaient moins de 5 légumes et fruits par jour.	Une tendance similaire a été observée entre 2003 et 2007-2008.
Reste de l'Ontario	Aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de la province, où 42,0 % (41,0 %, 43,0 %) des répondants ont indiqué consommer au moins 5 légumes et fruits par jour.	Aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de l'Ontario entre 2003 et 2005. Les adultes d'Ottawa ont toutefois été plus nombreux à indiquer qu'ils consommaient quotidiennement au moins 5 légumes et fruits (46,3 % [42,9 %, 49,7 %]) que ceux du reste de la province (40,6 % [39,7 %, 41,5 %]) en 2007-2008.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Les hommes (37,2 % [32,0 %, 42,3 %]) ont été moins nombreux que les femmes (51,9 % [47,2 %, 56,6 %]) à indiquer consommer au moins 5 légumes et fruits par jour.	Une tendance similaire a été observée entre 2003 et 2007-2008.
Âge	Il n'y avait aucune tendance marquée entre les groupes d'âge : 43,4 % (38,9 %, 47,9 %) des adultes de 20 à 44 ans, 46,0 % (39,7 %, 52,4 %) de ceux de 45 à 64 ans et 46,1 % (39,4 %, 52,8 %) des aînés consommaient au moins 5 légumes et fruits par jour.	De même, aucune tendance marquée n'a été observée entre 2003 et 2007-2008.

	Consommation de légumes et fruits chez les adultes (20 ans et plus) en 2009-2010	Tendances en matière de consommation de légumes et fruits chez les adultes (de 2003 à 2009-2010)
Scolarité	Les adultes ayant poursuivi des études postsecondaires ont indiqué consommer au moins 5 légumes et fruits dans une plus grande proportion (46,7 % [42,4 %, 51,0 %]) que ceux ayant un niveau d'études inférieur (études secondaires non terminées : 36,6 % [23,3 %, 50,0 %]; études secondaires terminées : 38,4 % [27,1 %, 49,8 %]). Cette différence n'est pas statistiquement significative, mais il s'agit tout de même d'une tendance indicative.	Entre 2003 et 2007-2008, les adultes ayant atteint un niveau d'études postsecondaires avaient davantage tendance à consommer au moins 5 légumes et fruits par jour que les autres.
Revenu du ménage	Aucune tendance marquée n'a été établie en fonction du revenu du ménage.	De même, aucune tendance marquée n'a été observée entre 2003 et 2007-2008.
Sécurité alimentaire	Aucune tendance marquée n'a été établie en fonction de la sécurité alimentaire : 44,5 %* (28,3 %, 60,6 %) des résidents se trouvant dans une situation d'insécurité alimentaire ont indiqué consommer au moins 5 légumes et fruits par jour, comparativement à 45,3 % (41,6 %, 48,9 %) des résidents dans une situation de sécurité alimentaire.	En 2007-2008, les adultes se trouvant dans une situation d'insécurité alimentaire ont été moins nombreux à indiquer consommer au moins 5 légumes et fruits par jour (28,3 %* [18,1 %, 38,5 %]), comparativement aux adultes se trouvant dans une situation de sécurité alimentaire (47,7 % [44,1 %, 51,2 %]).
Milieu urbain/rural	Aucune différence n'a été observée entre les adultes résidant en milieu urbain et ceux en milieu rural.	Aucune différence n'a été observée entre les adultes résidant en milieu urbain et ceux en milieu rural entre 2003 et 2007-2008.
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle.	Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle entre 2003 et 2007-2008.

	Consommation de légumes et fruits chez les adultes (20 ans et plus) en 2009-2010	Tendances en matière de consommation de légumes et fruits chez les adultes (de 2003 à 2009-2010)
Statut d'immigrant	Les immigrants étaient plus nombreux à consommer au moins 5 légumes et fruits par jour (54,7 % [47,1 %, 62,2 %]) que les non-immigrants d'Ottawa	Cette différence n'a pas été observée entre 2003 et 2007-2008.
Indice de masse corporelle	Aucune tendance marquée n'a été établie en fonction de la catégorie d'IMC : 37,3 % (13,1 %, 61,7 %) des adultes ayant un poids insuffisant, 49,1 % (43,4 %, 54,9 %) de ceux ayant un poids normal, 39,3 % (33,8 %, 44,8 %) de ceux qui font de l'embonpoint et 43,9 % (35,3 %, 52,6 %) de ceux qui souffrent d'obésité consommaient au moins 5 légumes et fruits par jour.	De même, aucune tendance marquée n'a été établie en fonction de la catégorie d'IMC entre 2003 et 2007-2008.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 7 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) qui consommaient au moins cinq légumes et fruits par jour, Ottawa, 2009-2010



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes.

Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Importance des aliments nutritifs lorsque l'on mange à l'extérieur

Les Canadiens mangeant de plus en plus à l'extérieur⁴⁴, il devient encore plus crucial d'insister, dans le cadre de la lutte contre l'obésité, sur l'importance de faire de bons choix nutritifs. Le *Système de surveillance rapide des facteurs de risque* (SSRFR) mesure la priorité accordée aux aliments nutritifs dans le choix des repas et des collations qui n'ont pas été préparés à la maison.

En 2010, la plupart des adultes (18 ans et plus) estimaient important de choisir des aliments nutritifs lorsqu'ils prenaient des repas ou des collations à l'extérieur ou mangeaient des aliments transformés de type prêt-à-manger (95,2 %, [94,5 %, 96,4 %]). Ce taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (97 % [95,7 %, 98,3 %] contre 93 % [90,9 %, 95,1 %]). Les adultes vivant à Ottawa qui se sont autodéclarés comme faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité (93,6 % [91,0 %, 96,2 %] et 90,5 % [85,9 %, 95,1 %]) étaient moins nombreux à indiquer qu'il était important pour eux de faire des choix nutritifs que ceux qui se sont autodéclarés comme ayant un poids normal (98,1 % [96,9 %, 99,3 %]). Des tendances similaires ont été observées en 2005 et en 2008, mais parmi les adultes qui considèrent que leur poids est normal, l'importance de faire des choix nutritifs a connu une hausse significative, passant de 92,8 % (90,5 %, 95,1 %) en 2005 à 98,1 % (96,9 %, 99,3 %) en 2010.

Repas et collations à l'extérieur

L'adoption de saines habitudes alimentaires constitue un élément important d'un mode de vie sain et de la prévention de l'obésité.⁴⁵ La consommation accrue de repas et de collations à l'extérieur de la maison ainsi que de repas-minute et d'aliments transformés expose les personnes à des aliments de faible qualité souvent riches en calories et associés à un risque élevé d'embonpoint ou d'obésité.⁴⁶⁻⁴⁷ Le module sur la nutrition du SSRFR mesure le nombre de fois, dans la semaine précédant l'enquête, que les adultes résidant à Ottawa ont mangé un repas au restaurant, un repas-minute ou des aliments prêts-à-servir. Ces types d'aliments ne sont pas toujours aussi nutritifs que les repas ou collations préparés à la maison.

Le tableau suivant présente, à partir des données du SSRFR, la mesure générale de la fréquence à laquelle les adultes (18 ans et plus) d'Ottawa ont mangé un repas au restaurant, un repas-minute ou des aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédant l'enquête. Les résultats correspondent à la proportion des adultes qui ont déclaré ne pas avoir mangé de repas ou de collation à l'extérieur de la maison au cours de la semaine précédente. Dans le cas des adultes ayant affirmé avoir pris un repas ou une collation à l'extérieur de la maison, les résultats correspondent à la moyenne hebdomadaire du nombre de repas ou de collations consommés à l'extérieur. Les sections suivantes présentent en détail les résultats pour chaque indicateur.

EN BREF...

- À Ottawa, un adulte sur quatre (24%) (18 ans et plus) a répondu ne pas avoir mangé de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente.
- Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur de la maison l'ont fait en moyenne 2,8 fois par semaine.
- Les femmes, les aînés, les adultes qui n'ont pas terminé l'école secondaire et les adultes faisant partie d'un ménage à faible revenu sont plus nombreux à avoir déclaré ne pas avoir mangé de repas et de collations à l'extérieur au cours de la semaine précédente.
- Aucune différence significative quant à la fréquence de la consommation du nombre de repas et de collations consommés à l'extérieur n'a été observée selon la langue maternelle ou la catégorie d'indice de masse corporelle.

Tableau 9 : Consommation de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010

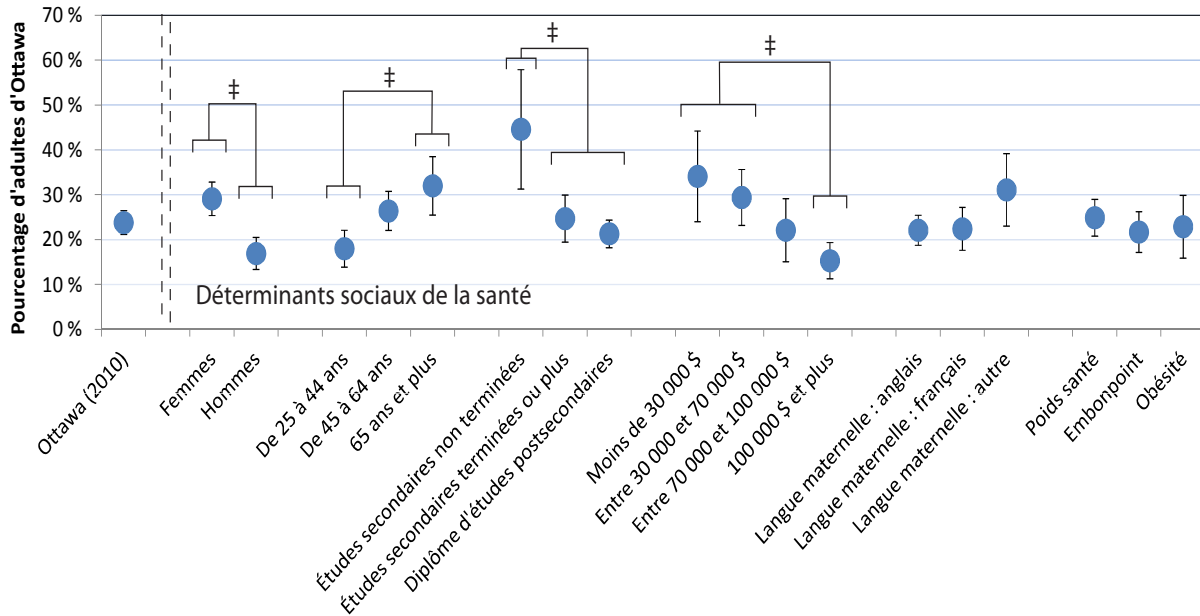
	Repas au restaurant, repas-minute ou aliments prêts-à-servir consommés au cours de la semaine précédente en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente (2005 et 2008)
Ottawa (total)	<p>Dans l'ensemble, 23,8 % (21,1 %, 26,4 %) des adultes d'Ottawa ont déclaré ne pas avoir mangé de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments transformés dans la semaine précédant l'enquête.</p> <p>Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur de la maison au cours de la semaine précédente l'ont fait en moyenne 2,8 fois (2,7; 3,0).</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.
Déterminants sociaux de la santé		
Sexe	<p>Les femmes (29,1 % [25,4 %, 32,9 %]) sont plus nombreuses que les hommes (16,9 % [13,3 %, 20,5 %]) à avoir indiqué ne pas avoir pris de repas et de collations à l'extérieur de la maison au cours de la semaine précédant l'enquête.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur au cours de la semaine précédente, les hommes l'ont fait plus souvent que les femmes (3,2 fois par semaine [3,0; 3,5] contre 2,4 fois par semaine [2,3; 2,6]).</p>	Les chiffres selon le sexe sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.

	Repas au restaurant, repas-minute ou aliments prêts-à-servir consommés au cours de la semaine précédente en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente (2005 et 2008)
Âge	<p>La proportion d'adultes qui ont indiqué ne pas avoir mangé de repas et de collations à l'extérieur de la maison augmente avec l'âge. En effet, 18,0 % (13,9 %, 22,1 %) des adultes de 25 à 44 ans, 26,4 % (22,1 %, 30,8 %) des adultes de 45 à 64 ans et 32,0 % (25,6 %, 38,5 %) des aînés ont répondu ne pas avoir pris de repas et de collations à l'extérieur. À noter que les données pour les 18 à 24 ans ne peuvent être publiées.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur au cours de la semaine précédant l'enquête, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon l'âge.</p>	<p>Les chiffres selon l'âge sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p>
Scolarité	<p>Les adultes qui n'ont pas terminé l'école secondaire (44,6 % [31,3 %, 57,8 %]) sont plus nombreux à avoir répondu ne pas avoir mangé de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente que ceux qui ont terminé l'école secondaire, qui ont effectué des études postsecondaires (24,7 % [19,4 %, 30,0 %]) ou qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires (21,3 % [18,2 %, 24,4 %]).</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur au cours de la semaine précédente, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon la scolarité.</p>	<p>Les chiffres selon l'âge sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p>

	Repas au restaurant, repas-minute ou aliments prêts-à-servir consommés au cours de la semaine précédente en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas au restaurant, de repas-minute ou d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente (2005 et 2008)
Revenu du ménage	<p>Les adultes ayant un revenu inférieur à 30 000 \$ (34,1 % [24,0 %, 44,2 %]) et ceux dont le revenu se situe entre 30 000 \$ et 70 000 \$ (29,4 % [23,1 %, 35,6 %]) sont plus nombreux que ceux qui font partie de ménages dont le revenu est égal ou supérieur à 100 000 \$ (15,3 % [11,2 %, 19,3 %]) à avoir indiqué ne pas avoir mangé un repas au restaurant, un repas-minute ou des aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur au cours de la semaine précédente, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon le revenu du ménage.</p>	<p>Les chiffres selon le revenu sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p>
Langue maternelle	<p>Aucune différence quant à la proportion d'adultes qui ont déclaré ne pas avoir pris de repas et de collations à l'extérieur au cours de la semaine précédente n'a été observée selon la langue maternelle.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas et des collations à l'extérieur au cours de la semaine précédant l'enquête, la fréquence moyenne de consommation hebdomadaire des adultes dont la langue maternelle est le français était plus élevée que celle des personnes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français (3 fois par semaine [2,7; 3,3] contre 2,4 fois par semaine [2,0; 2,8]).</p>	<p>Aucune différence quant à la proportion d'adultes qui ont dit ne pas avoir pris de repas et de collations à l'extérieur au cours de la semaine précédente n'a été observée selon la langue maternelle en 2005 et en 2008.</p> <p>Aucune différence quant au nombre hebdomadaire moyen de repas et de collations consommés à l'extérieur n'a été observée selon la langue maternelle en 2005 et en 2008.</p>
Indice de masse corporelle*	<p>Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de prise de repas et de collations à l'extérieur n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.</p>	<p>Également, aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de prise de repas et de collations à l'extérieur n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC en 2005 ou en 2008.</p>

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; † = En raison de la petite taille de l'échantillon, les cas de poids insuffisant ont été exclus de l'analyse de la consommation moyenne. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 8 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas mangé de repas au restaurant, ni de repas-minute, ni d'aliments prêts-à-servir achetés en épicerie au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRRF), 2010.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Restaurants

La consommation fréquente de repas au restaurant peut avoir un effet négatif sur la qualité de l'alimentation et la santé.⁴⁶ En effet, des études montrent que les personnes qui mangent régulièrement au restaurant consomment des aliments à teneur plus élevée en gras et en calories et consomment moins de légumes, de fruits et de fibres.⁴⁷ Cette combinaison peut contribuer à la prise de poids.⁴⁷ En 2005, en 2008 et en 2010, dans le cadre du SSRFR, on a demandé aux adultes (18 ans et plus) résidant à Ottawa combien de fois ils avaient mangé au restaurant – ce qui ne comprend pas les restaurants-minute et le service à l'auto – au cours de la semaine précédente. Les résultats correspondent à la proportion des adultes qui ont déclaré ne pas avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédente. Dans le cas des adultes ayant affirmé avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédente, les résultats correspondent à la moyenne hebdomadaire du nombre de repas pris au restaurant.

EN BREF...

- À Ottawa, un peu moins de la moitié (44 %) des adultes (18 ans et plus) ont répondu ne pas avoir pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédente.
- Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir consommé un repas au restaurant l'ont fait en moyenne environ 1,8 fois par semaine.
- Les femmes, les adultes qui n'ont pas terminé l'école secondaire, ceux faisant partie d'un ménage à faible revenu et ceux qui ne parlent ni l'anglais, ni le français sont plus nombreux à avoir déclaré ne pas avoir mangé de repas au restaurant.
- Les hommes rapportent plus souvent que les femmes avoir consommé un repas au restaurant.
- Les résultats indiquent que la consommation de repas au restaurant diminue avec l'âge; cependant, des données additionnelles sont nécessaires pour confirmer que ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à l'absence de consommation de repas au restaurant selon la catégorie d'indice de masse corporelle.

Tableau 10 : Consommation de repas au restaurant au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010

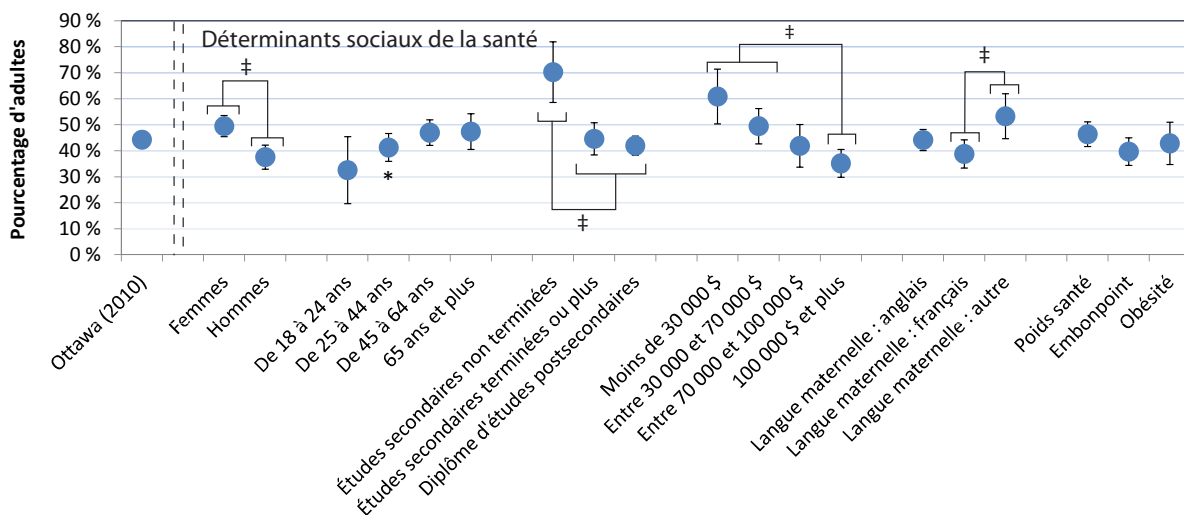
	Consommation de repas au restaurant (restaurants-minute exclus) en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas au restaurant (2005 et 2008)
Ottawa (total)	<p>Moins de la moitié (44,3 % [41,2 %, 47,4 %]) des adultes d'Ottawa ont indiqué ne pas avoir pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête.</p> <p>Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir mangé au restaurant l'ont fait en moyenne 1,8 fois (1,7; 2,0).</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.
Déterminants sociaux de la santé		
Sexe	<p>Les femmes (49,5 % [45,8 %, 53,2 %]) étaient plus nombreuses que les hommes (37,6 % [33,6 %, 41,6 %]) à avoir indiqué ne pas avoir pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédente.</p> <p>Le nombre de repas pris au restaurant par semaine est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (2,0 fois par semaine [1,8; 2,3] contre 1,6 fois par semaine [1,5; 1,7]).</p>	Les chiffres selon le sexe sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.
Âge	<p>Certains éléments montrent que la proportion de personnes à ne pas avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête augmente légèrement en fonction de l'âge; ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives.</p> <p>Un total de 32,6 % (19,7 %, 45,4 %) des adultes de 18 à 24 ans, 41,3 % (36,0 %, 46,6 %) des adultes de 25 à 44 ans, 47,0 % (42,1 %, 51,9 %) des adultes de 45 à 64 ans et 47,4 % (40,5 %, 54,2 %) des aînés ont déclaré ne pas avoir pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédente.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir mangé au restaurant, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon l'âge.</p>	<p>Une tendance similaire a été observée en 2008, alors que les jeunes adultes étaient moins nombreux que les aînés à déclarer ne pas avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédente. Cependant, aucune différence quant au nombre de repas pris au restaurant n'a été observée selon l'âge en 2005.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête, aucune différence n'a été observée quant à la moyenne hebdomadaire selon l'âge en 2005 et en 2008.</p>

	Consommation de repas au restaurant (restaurants-minute exclus) en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas au restaurant (2005 et 2008)
Scolarité	<p>Les adultes qui n'ont pas terminé l'école secondaire (70,3 % [58,7 %, 81,9 %]) sont plus nombreux à avoir indiqué ne pas avoir pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête que ceux qui ont terminé l'école secondaire, qui ont effectué des études postsecondaires (44,6 % [38,3 %, 50,8 %]) ou qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires (42,0 % [38,3 %, 45,7 %]).</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir mangé au restaurant, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon la scolarité.</p>	<p>Les chiffres selon le niveau de scolarité sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p>
Revenu du ménage	<p>Certains éléments montrent que la proportion de personnes à ne pas avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête diminue à mesure que le revenu augmente.</p> <p>Les résultats indiquent que 60,9 % (50,3 %, 71,4 %) des adultes ayant un revenu du ménage inférieur à 30 000 \$, 49,5 % (42,6 %, 56,3 %) des adultes dont le revenu du ménage se situe entre 30 000 \$ et 70 000 \$, 41,9 % (33,7 %, 50,1 %) des adultes dont le revenu du ménage se situe entre 70 000 \$ et 100 000 \$ et 35,2 % (29,8 %, 40,6 %) des adultes dont le revenu du ménage est d'au moins 100 000 \$ ont dit ne pas avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédente.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir mangé au restaurant, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon le revenu du ménage.</p>	<p>Les chiffres selon le revenu du ménage sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p>

	Consommation de repas au restaurant (restaurants-minute exclus) en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas au restaurant (2005 et 2008)
Langue maternelle	<p>Il est probable que les adultes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français (53,3 % [44,6 %, 61,9 %]) soient plus nombreux à déclarer ne pas avoir mangé au restaurant au cours de la semaine précédant l'enquête que ceux dont la langue maternelle est le français (38,8 % [33,4 %, 44,3 %]).</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir mangé au restaurant, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon la langue maternelle.</p>	Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle en 2005 et en 2008.
Indice de masse corporelle[‡]	Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de prise de repas au restaurant n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.	Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de prise de repas au restaurant n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC en 2005 et en 2008.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; ‡ = En raison de la petite taille de l'échantillon, les cas de poids insuffisant ont été exclus de l'analyse de la consommation moyenne. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 9 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas pris de repas au restaurant au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR), 2010.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Restaurants-minute

La consommation fréquente de repas-minute est associée à la prévalence accrue de l'embonpoint et de l'obésité.⁴⁷ En plus d'offrir des portions copieuses, les grandes chaînes de restaurants-minute servent des aliments généralement riches en calories en raison de leur teneur élevée en matière grasse.⁴⁸ De nombreuses études réalisées dans le monde montrent une relation entre la consommation régulière de repas-minute et le risque accru de prise de poids et de plusieurs maladies chroniques. En 2005, en 2008 et en 2010, dans le cadre du SSRFR, on a demandé aux adultes (18 ans et plus) résidant à Ottawa combien de fois ils avaient consommé des repas-minute – comme des mets chinois, de la pizza, du poulet frit ou des hamburgers et des frites – au cours de la semaine précédente. Les résultats représentent la proportion d'adultes qui ont déclaré ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente. La moyenne hebdomadaire du nombre de repas-minute consommés est aussi présentée.

EN BREF...

- À Ottawa, un peu plus de la moitié (54 %) des adultes (18 ans et plus) ont répondu ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente.
- Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir consommé des repas-minute au cours de la semaine précédente l'ont fait en moyenne 1,5 fois. Il n'y a eu aucun changement à la moyenne hebdomadaire de consommation de repas-minute depuis 2005.
- Les femmes et les aînés sont plus nombreux à avoir indiqué ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente.
- Les résultats indiquent que les personnes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais, ni le français sont plus nombreux à avoir indiqué ne pas avoir consommé de repas-minute; cependant des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si cette différence existe vraiment.
- Aucune différence significative quant à la fréquence de la consommation de repas-minute n'a été observée selon le niveau de scolarité, le revenu du ménage ou la catégorie d'indice de masse corporelle.

Tableau 11 : Consommation de repas-minute au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010

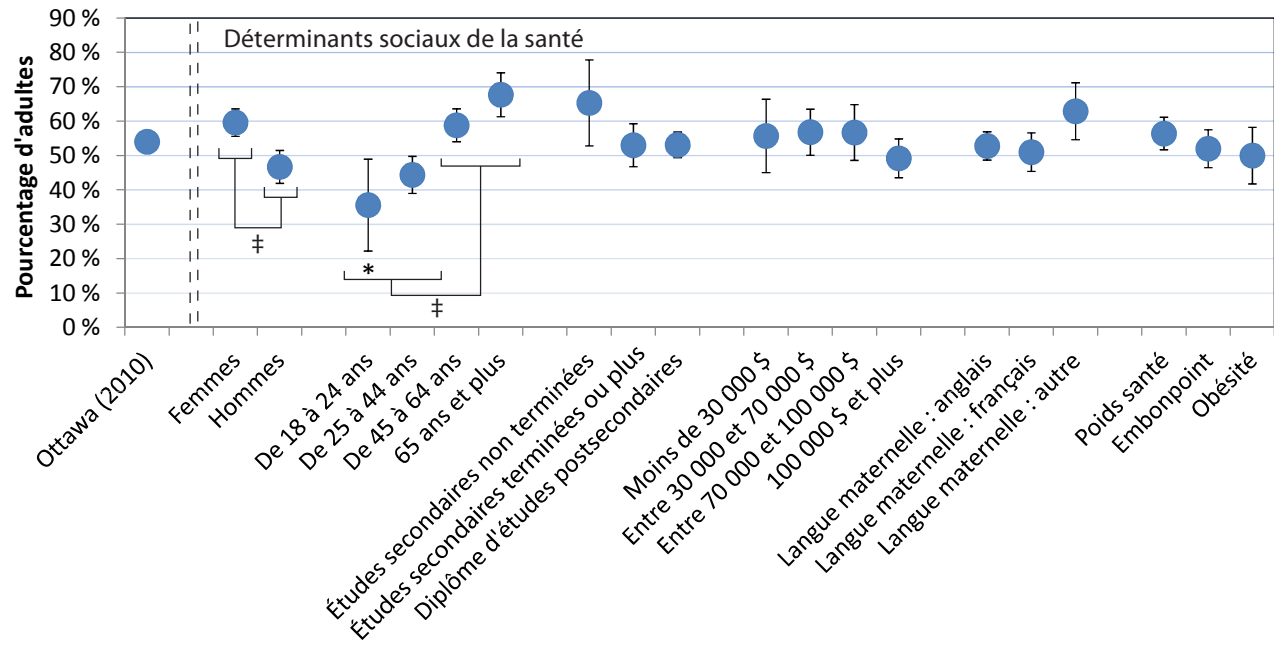
	Consommation de repas-minute en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas-minute (2005 et 2008)
Ottawa (total)	<p>Dans l'ensemble, 54,0 % (50,9 %, 57,1 %) des adultes d'Ottawa ont indiqué ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédant l'enquête.</p> <p>Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir consommé des repas-minute l'ont fait en moyenne 1,5 fois par semaine (1,4; 1,6).</p>	<p>Les chiffres sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p>
Déterminants sociaux de la santé		
Sexe	<p>Le nombre de femmes qui ont indiqué ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédant l'enquête est plus élevé que le nombre d'hommes (59,6 % (55,7 %, 63,6 %) contre 46,7 % [41,9 %, 51,5 %]).</p> <p>Les résultats indiquent que parmi les personnes qui ont dit avoir consommé des repas-minute, le nombre de repas est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (1,7 fois par semaine [1,5; 1,8] contre 1,4 fois par semaine [1,3; 1,5]).</p>	<p>Les chiffres selon le sexe sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.</p> <p>Les résultats indiquent que parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas-minute au cours de la semaine précédente, les hommes en ont consommé plus souvent que les femmes en 2005 et en 2008.</p>

	Consommation de repas-minute en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas-minute (2005 et 2008)
Age	<p>La proportion d'adultes qui n'ont pas consommé de repas-minute au cours de la semaine précédant l'enquête augmente en fonction de l'âge.</p> <p>Un total de 35,6 %* (22,2 %, 49,0 %) des adultes de 18 à 24 ans, 44,4 % (39,0 %, 49,8 %) des adultes de 25 à 44 ans, 58,9 % (54,0 %, 63,6 %) des adultes de 45 à 64 ans et 67,7 % (51,0 %, 77,8 %) des aînés ont déclaré ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente.</p> <p>Le nombre de repas-minute consommés au cours de la semaine précédente est plus élevé chez les adultes de 25 à 44 ans (1,6* fois par semaine [1,5; 1,8]) que chez les aînés (1,3 fois par semaine [1,0; 1,5]).</p>	<p>Une augmentation similaire en fonction de l'âge de la proportion de personnes qui n'ont pas consommé de repas-minute a été observée en 2005 et en 2008. Cependant, aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de consommation de repas-minute n'a été observée selon l'âge.</p>
Scolarité	<p>Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de consommation de repas-minute n'a été observée selon le niveau de scolarité.</p>	<p>Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de consommation de repas-minute n'a été observée selon le niveau de scolarité en 2005 et en 2008.</p>
Revenu du ménage	<p>Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de consommation de repas-minute n'a été observée selon le revenu du ménage.</p>	<p>Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de consommation de repas-minute n'a été observée selon le revenu du ménage en 2005 et en 2008.</p>

	Consommation de repas-minute en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de repas-minute (2005 et 2008)
Langue maternelle	<p>Certains éléments montrent que les adultes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français (62,9 % [54,6 %, 71,2 %]) ont été plus nombreux à répondre ne pas avoir consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente que ceux dont la langue maternelle est l'anglais (52,8 % [48,7 %, 56,9 %]) ou le français (51,0 % [45,4 %, 56,6 %]); ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives.</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir consommé des repas-minute, aucune différence quant à la fréquence moyenne de consommation n'a été observée selon la langue maternelle.</p>	<p>Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle en 2005 et en 2008.</p>
Indice de masse corporelle[¥]	<p>Aucune différence quant à la consommation de repas-minute n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.</p> <p>Parmi ceux qui ont indiqué avoir consommé des repas-minute, aucune différence quant à la consommation moyenne n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.</p>	<p>En 2005 et en 2008, les adultes ayant un poids normal étaient plus nombreux que ceux faisant de l'embonpoint à s'abstenir de consommer des repas-minute chaque semaine, et certains éléments montrent qu'ils étaient aussi plus nombreux que les adultes souffrant d'obésité à s'abstenir de consommer des repas-minute.</p> <p>Aucune différence quant à la fréquence hebdomadaire de consommation de repas-minute n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC en 2005 et en 2008.</p>

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; ¥ = En raison de la petite taille de l'échantillon, les cas de poids insuffisant ont été exclus de l'analyse de la consommation moyenne. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 10 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas consommé de repas-minute au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR), 2010.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Mets préemballés

Au cours des dernières décennies, la consommation d'aliments transformés et de mets préemballés a augmenté dans plusieurs pays.⁴⁹ Les aliments transformés, souvent de piètre qualité, ont une teneur élevée en matière grasse, en sodium et en sucre. La consommation fréquente de ces aliments peut accroître le risque de prise de poids et d'embonpoint ou d'obésité.⁴⁶ En 2005, en 2008 et en 2010, dans le cadre du SSRFR, on a demandé aux adultes (18 ans et plus) résidant à Ottawa combien de fois ils avaient acheté des aliments transformés prêts-à-servir à l'épicerie ou au supermarché au cours de la semaine précédente. Les résultats représentent la proportion d'adultes qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente. La moyenne hebdomadaire du nombre d'aliments prêts-à-servir consommés est aussi présentée.

EN BREF...

- À Ottawa, 71 % des adultes (18 ans et plus) ont dit ne pas avoir acheté d'aliments prêts-à-servir à l'épicerie au cours de la semaine précédant l'enquête.
- En moyenne, les adultes d'Ottawa qui ont rapporté avoir consommé des aliments prêts-à-servir, en ont mangé 1,5 fois au cours de la semaine précédente.
- La consommation hebdomadaire moyenne d'aliments prêts-à-servir est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Les aînés sont les moins nombreux à avoir dit avoir acheté des aliments prêts-à-servir à l'épicerie au cours de la semaine précédente.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à la consommation d'aliments prêts-à-servir selon la scolarité, le revenu du ménage, la langue maternelle ou la catégorie d'IMC.

Tableau 12 : Consommation de mets préemballés au cours de la semaine précédente chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2005 à 2010

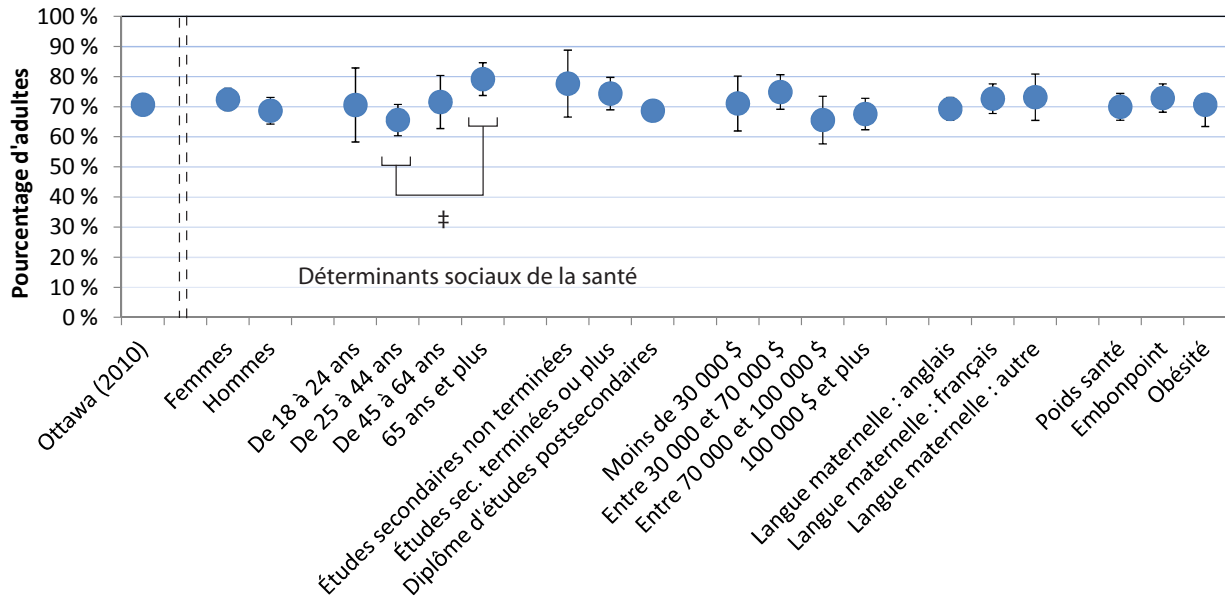
	Consommation de mets préemballés en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de mets préemballés (2005 et 2008)
Ottawa (total)	<p>Dans l'ensemble, 70,7 % (67,9 %, 73,6 %) des adultes résidant à Ottawa ont déclaré ne pas avoir acheté d'aliments prêts-à-servir à l'épicerie au cours de la semaine précédant l'enquête.</p> <p>Les résultats indiquent que ceux qui ont dit avoir consommé des aliments prêts-à-servir l'ont fait en moyenne 1,5 fois (1,4; 1,6).</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.
Déterminants sociaux de la santé		
Sexe	<p>Parmi ceux qui ont dit avoir acheté des aliments prêts-à-servir à l'épicerie au cours de la semaine précédant l'enquête, la fréquence moyenne de consommation était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (1,7 fois par semaine [1,5; 1,9] contre 1,3 fois par semaine [1,2; 1,4]).</p>	<p>Parmi ceux qui ont dit avoir acheté des aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente, la consommation moyenne était plus élevée chez les hommes que chez les femmes en 2005 et en 2008.</p>
Âge	<p>Certains éléments montrent que les aînés sont les moins nombreux à avoir indiqué avoir acheté des aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédant l'enquête. En effet, 79,2 % (73,8 %, 84,7 %) des aînés ont dit ne pas avoir consommé d'aliments prêts-à-servir achetés à l'épicerie (les 18 à 24 ans : 70,6 % [58,3 %, 19,6 %], les 25 à 44 ans : 65,6 % [60,4 %, 70,8 %], les 45 à 64 ans : 71,6 % [62,8 %, 80,4 %]).</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir acheté des aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente, aucune différence quant au nombre hebdomadaire moyen d'aliments consommés n'a été observée selon l'âge.</p>	Les chiffres selon l'âge sont comparables à ceux de 2005 et de 2008.

	Consommation de mets préemballés en 2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière de consommation de mets préemballés (2005 et 2008)
Scolarité	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée selon le niveau de scolarité.	<p>Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée selon l'éducation en 2008.</p> <p>En 2005, les adultes qui n'avaient pas terminé l'école secondaire (83,9 % [76,2 %, 91,7 %]) étaient plus nombreux à ne pas avoir consommé d'aliments prêts-à-servir que ceux qui détenaient un diplôme d'études postsecondaires (69,0 % [65,3 %, 72,7 %]).</p> <p>Parmi ceux qui ont dit avoir acheté des aliments prêts-à-servir au cours de la semaine précédente, aucune différence quant à la consommation hebdomadaire moyenne n'a été observée selon la scolarité en 2005 et en 2008.</p>
Revenu du ménage	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée selon le revenu du ménage.	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée selon le revenu du ménage en 2005 et en 2008.
Langue maternelle	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée selon la langue maternelle.	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée selon la langue maternelle en 2005 et en 2008.
Indice de masse corporelle[*]	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.	Aucune différence quant à la fréquence de consommation d'aliments prêts-à-servir n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC en 2005 et en 2008.

Remarque: la catégorie d'IMC était exclue des consommations moyennes car la taille de l'échantillon était trop petite.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; ^{*} = la catégorie d'IMC relative aux poids insuffisants a été exclue de l'analyse des consommations moyennes; IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 11 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui n'ont pas consommé d'aliments prêts-à-servir achetés en épicerie au cours de la semaine précédente en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2010



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR), 2010.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Coût d'un panier de provisions nutritif

En mai 2011, le coût d'un panier de provisions nutritif a été établi pour Ottawa, selon le protocole du *Document d'orientation sur le panier à provisions nutritif 2010*, tel qu'énoncé dans les Normes de santé publique de l'Ontario.

Le panier de provisions nutritif (PPN) est une estimation économique du coût d'une alimentation équilibrée pour les personnes des deux sexes appartenant à différents groupes d'âge. Le PPN est calculé selon le prix de divers aliments de consommation courante. Représentant les habitudes d'achat et de consommation des Canadiens, il est en accord avec les recommandations du *Guide alimentaire canadien*. Le PPN tient compte du coût des denrées de base comme la farine, la margarine, les huiles, le sucre, les boissons, les épices et les assaisonnements. Cependant, il n'inclut pas les produits courants non alimentaires comme les nettoyants, le dentifrice ou le shampoing. Le PPN ne correspond pas aux besoins d'une personne qui suit une diète spéciale pour des raisons médicales et dont le budget sera plus élevé au titre de l'alimentation. Le PPN ne tient pas compte des besoins d'un bébé de moins d'un an, ce qui représente le cas échéant un coût supplémentaire. Le PPN ne tient pas compte non plus des coûts liés aux repas hors de la maison.

Le PPN prend comme référence une famille de quatre :

- un homme ayant entre 31 et 50 ans;
- une femme ayant entre 31 et 50 ans;
- un garçon ayant entre 14 et 18 ans;
- une fille ayant entre 4 et 8 ans.

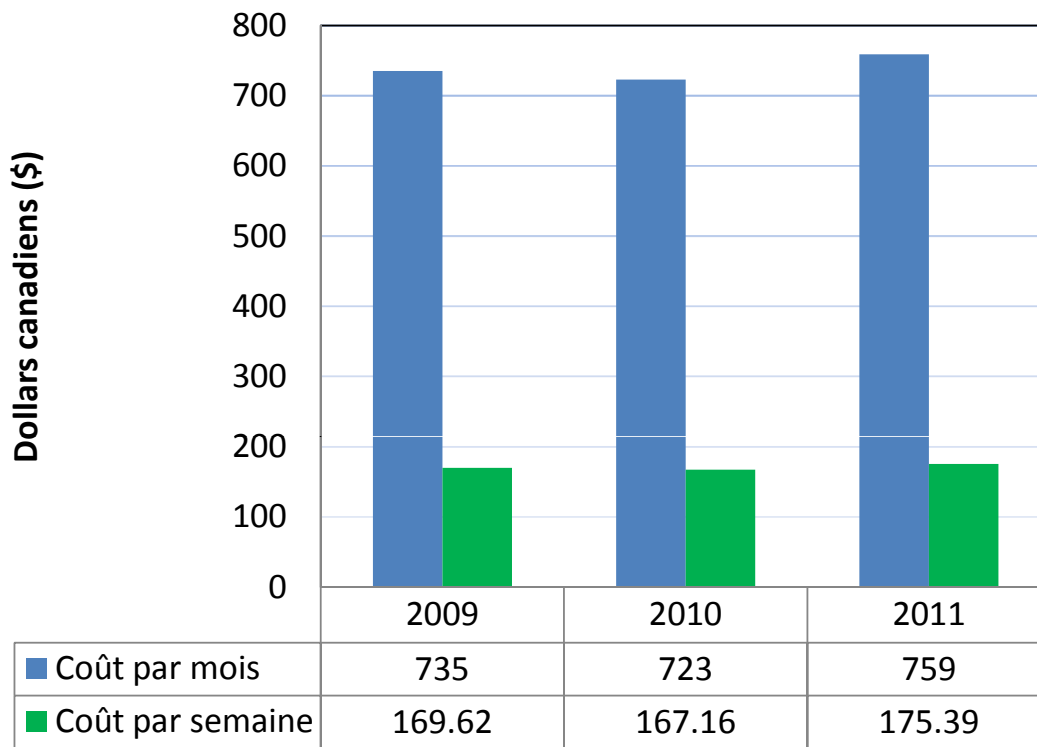
À Ottawa, le panier de provisions nutritif pour cette famille serait en 2011 de **759 \$ par mois**. Cela correspond à 175,39 \$ par semaine, ce qui est inférieur à la moyenne de l'Ontario de 177,83 \$.

Pour en savoir plus sur le panier de provisions nutritif et le coût d'une bonne alimentation à Ottawa, veuillez vous référer aux fiches d'information correspondantes à l'adresse suivante :

http://ottawa.ca/doc_repository/reports/nutritious_food_basket_2011_fr.pdf

http://ottawa.ca/doc_repository/reports/price_eating_well_2011_fr.pdf

Graphique 12 : Coût d'un panier de provisions nutritif à Ottawa, de 2009 à 2011



Sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire existe « lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. »⁵⁰

L'insécurité alimentaire, c'est « l'incapacité de se procurer ou de consommer des aliments de qualité, en quantité suffisante de façon socialement acceptable, ou l'incertitude d'être en mesure de le faire ».⁵¹

Un outil de sondage complet et validé (le *Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages*) a été utilisé dans le cadre de l'ESCC pour évaluer la sécurité alimentaire des ménages. Cet instrument comprend 18 questions et sert à déterminer si les ménages, avec ou sans enfants, ont été en mesure de subvenir à leurs besoins alimentaires au cours des douze derniers mois. Il permet de diagnostiquer trois catégories de sécurité alimentaire, soit :

Sécurité alimentaire : Aucun ou un seul signe de difficulté d'accès à des denrées en raison du revenu.

Insécurité alimentaire modérée : Signes que la qualité et/ou la quantité des denrées consommées est compromise.

Insécurité alimentaire grave : Signes d'insuffisance de l'apport alimentaire et de perturbation des habitudes alimentaires (causant la faim).

EN BREF...

- Environ 50 400, soit 7 % des résidents d'Ottawa (âgés de 12 ans et plus) présentaient un certain niveau d'insécurité alimentaire, et près de 17 000 se trouvaient dans une situation d'insécurité alimentaire grave, c'est-à-dire qu'ils présentaient des signes d'insuffisance de l'apport alimentaire et de perturbation de leurs habitudes alimentaires.
- Le revenu du ménage influait sur la sécurité alimentaire : 41 % des résidents des ménages à revenu inférieur et 29 % des résidents des ménages à revenu moyen-inférieur se trouvaient dans une situation d'insécurité alimentaire.
- Certains éléments indiquent que les résidents en milieu urbain, ceux qui n'ont pas gradué d'une école secondaire et ceux dont la langue maternelle n'est ni l'anglais, ni le français rapporteraient de plus faibles taux de sécurité alimentaire. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Les immigrants étaient plus nombreux à se trouver dans une situation d'insécurité alimentaire que les non-immigrants.

Tableau 13 : Situation de sécurité alimentaire chez les résidents (de 12 ans et plus) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, de 2007-2008 à 2009-2010

	Situation de sécurité alimentaire en 2009-2010 (12 ans et plus)	Tendances en matière de situation de sécurité alimentaire (2007-2008 par rapport à 2009-2010)
Échantillon d'Ottawa	À Ottawa, 6,8 % (4,9 %, 8,8 %) des résidents, soit environ 50 400 personnes, présentaient un certain niveau d'insécurité alimentaire : 4,5 %* (2,9 %, 6,1 %) des résidents, soit environ 33 400 personnes, se trouvaient dans une situation d'insécurité alimentaire modérée, et 2,3 %* (1,1 %, 3,5 %) des résidents, soit environ 16 900 personnes, se trouvaient dans une situation d'insécurité alimentaire grave.	En 2007-2008, 7,4 % (5,7 %, 9,1 %) des résidents, soit environ 51 400 personnes, présentaient un certain niveau d'insécurité alimentaire. L'écart entre la prévalence d'insécurité alimentaire entre 2007-2008 et 2009-2010 n'est pas statistiquement significatif.
Reste de l'Ontario	Les taux d'Ottawa étaient semblables à ceux du reste de la province, où 7,6 % (7,1 %, 8,1 %) des résidents présentaient un certain niveau d'insécurité alimentaire.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2007-2008.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Revenu du ménage	La proportion de ménages en situation de sécurité alimentaire augmente en fonction de la hausse des revenus des ménages. À Ottawa, 41,0 %* (27,3 %, 54,7 %) des résidents ayant un revenu inférieur et 29,0 %* (18,0 %, 40,0 %) des résidents ayant un revenu moyen-inférieur présentaient un certain niveau d'insécurité alimentaire. Les catégories des revenus inférieurs et des revenus moyens-inférieurs comprennent les résidents vivant sous le SFR. Le tiers des résidents de ces catégories ont indiqué présenter un certain niveau d'insécurité alimentaire.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2007-2008.

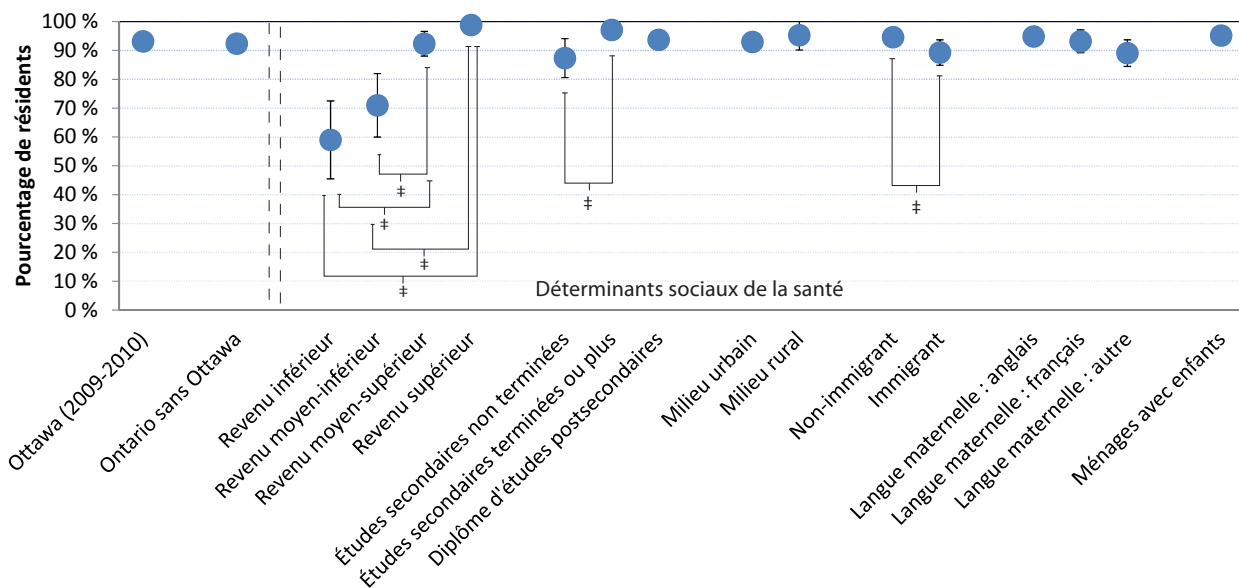
	Situation de sécurité alimentaire en 2009-2010 (12 ans et plus)	Tendances en matière de situation de sécurité alimentaire (2007-2008 par rapport à 2009-2010)
Scolarité	Les résidents n'ayant pas terminé leurs études secondaires présentaient des niveaux de sécurité alimentaire (87,4 % [80,6 %, 94,1 %]) inférieurs à ceux qui avaient terminé leurs études secondaires (97,1 % [94,7 %, 99,5 %]).	Cette différence n'a pas été observée en 2007-2008.
Milieu urbain/rural	Aucune différence n'a été observée quant à la situation de sécurité alimentaire entre les résidents en milieu urbain et ceux en milieu rural.	En 2007-2008, les résidents en milieu rural semblaient être plus nombreux à se trouver dans une situation de sécurité alimentaire élevée que ceux en milieu urbain d'Ottawa (98,6 % [96,8 %, 100,5 %] contre 92,2 % [90,4 %, 93,9 %]).
Statut d'immigrant	Les immigrants (89,3 % [84,8 %, 93,7 %]) présentaient des niveaux de sécurité alimentaire inférieurs à ceux des non-immigrants (94,6 % [92,8 %, 96,5 %]).	Les chiffres sont comparables à ceux de 2007-2008.

	Situation de sécurité alimentaire en 2009-2010 (12 ans et plus)	Tendances en matière de situation de sécurité alimentaire (2007-2008 par rapport à 2009-2010)
Langue maternelle	<p>Certains éléments indiquent qu'il existerait une différence quant à la situation de sécurité alimentaire selon la langue maternelle entre l'anglais et les autres langues. Cependant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.</p> <p>À Ottawa, 94,9 % (92,8 %, 96,9 %) des résidents dont l'anglais est la langue maternelle ont indiqué se trouver dans une situation de sécurité alimentaire, et 5,1 %* (3,1 %, 7,2 %) ont répondu présenter un certain niveau d'insécurité alimentaire.</p> <p>À Ottawa, 93,2 % (89,2 %, 97,1 %) des résidents dont le français est la langue maternelle ont indiqué se trouver dans une situation de sécurité alimentaire, et 6,8 %* (2,9 %, 10,8 %) ont répondu présenter un certain niveau d'insécurité alimentaire.</p> <p>À Ottawa, 89,1 % (84,5 %, 93,7 %) des résidents dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français ont indiqué se trouver dans une situation de sécurité alimentaire, et 10,9 %* (6,3 %, 15,5 %) ont répondu présenter un certain niveau d'insécurité alimentaire.</p>	<p>Les chiffres sont comparables à ceux de 2007-2008.</p>

	Situation de sécurité alimentaire en 2009-2010 (12 ans et plus)	Tendances en matière de situation de sécurité alimentaire (2007-2008 par rapport à 2009-2010)
Ménages avec enfants de moins de 18 ans	<p>À Ottawa, 95,2 % (92,3 %, 98,1 %) des résidents dont le ménage compte des enfants de moins de 18 ans ont indiqué se trouver dans une situation de sécurité alimentaire, et 4,8 %* (1,9 %, 7,7 %) ont répondu présenter un certain niveau d'insécurité alimentaire.</p> <p>À Ottawa, 78,7 % (64,0 %, 93,4 %) des résidents dont le ménage compte des enfants de moins de 18 ans et qui ont indiqué avoir un revenu sous le SFR ont répondu qu'ils se trouvaient dans une situation de sécurité alimentaire.</p>	Ces données ne sont pas disponibles pour 2007-2008.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; SFR : seuil de faible revenu.

Graphique 13 : Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) en situation de sécurité alimentaire selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, 2009-2010



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009–2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Clients des banques alimentaires

Les données relatives aux clients des banques alimentaires sont générées par Banques alimentaires Canada. Cet organisme publie annuellement le *Sondage Bilan-Faim*, qui est distribué dans les banques alimentaires provinciales et régionales, dont la Banque d'alimentation d'Ottawa. Le sondage est envoyé aux organismes participants qui offrent des programmes de distribution de repas et de denrées alimentaires à Ottawa, à qui l'on demande d'indiquer le nombre et le type de clients qu'ils ont accueillis pendant le mois de mars.

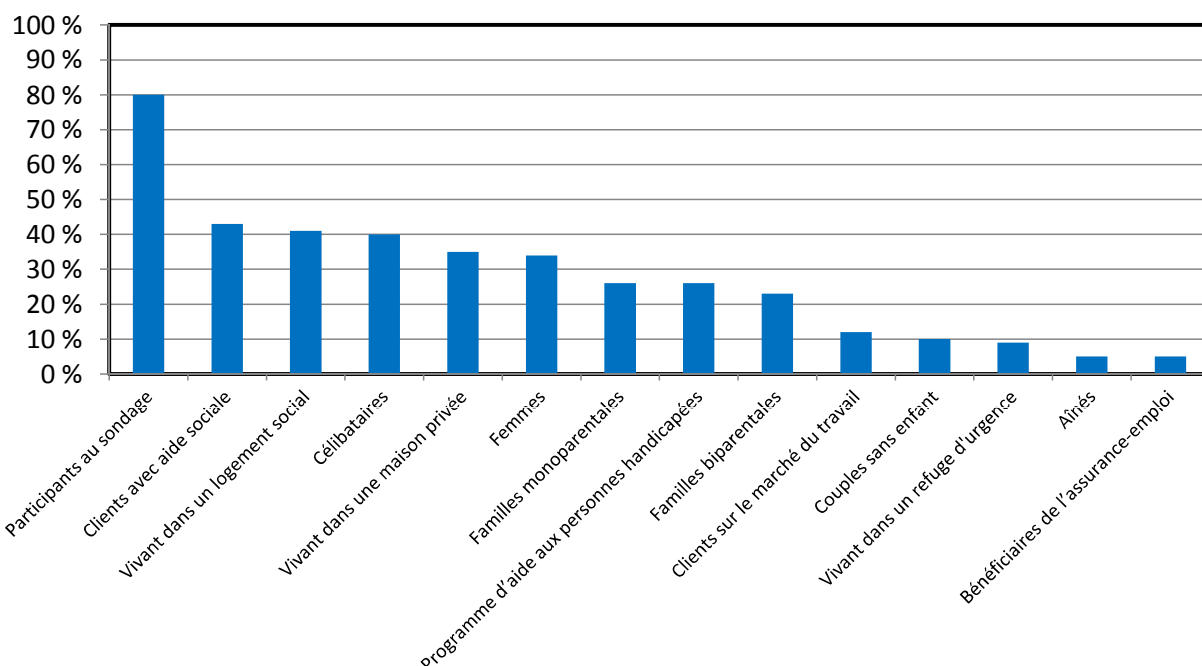
Entre 2009 et 2011, le taux de réponse était de 80 % environ. Dans le **graphique 14**, les barres représentent le pourcentage de clients des banques alimentaires qui présentaient chacun une caractéristique particulière (femmes, aînés, etc.).

Le nombre de clients a grimpé de façon constante entre 2009 et 2011, augmentant de près de 4 % par année. De plus, une hausse de près de 13 % du nombre de repas servis a été enregistrée entre 2010 et 2011. Quant au nombre de ménages servis, il a augmenté entre 2009 et 2010, puis a diminué de 10 % en 2011 pour être ramené à 8 107.

Entre 2010 et 2011, le nombre de travailleurs ayant recours à une banque alimentaire a décliné de 5 %. Inversement, pourtant, le nombre de bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et de l'assurance-emploi a augmenté respectivement de 5 % et de 1 %.

En 2011, 35 % des clients des banques alimentaires vivaient dans des logements locatifs privés, et 41 %, dans des logements locatifs sociaux. Ces pourcentages ont diminué de 6 % entre 2010 et 2011. Par ailleurs, le nombre de personnes vivant dans un refuge a augmenté de 6 % en 2011.

Graphique 14 : Caractéristiques des clients des banques alimentaires de la ville d'Ottawa, 2011



Source : Sondage Bilan-Faim (2011) créé par Banques alimentaires Canada, et distribué et dépouillé par la Banque d'alimentation d'Ottawa.

Milieu alimentaire à Ottawa

Le milieu alimentaire englobe les établissements d'alimentation, notamment les épiceries, les dépanneurs et les magasins d'alimentation spécialisés, ainsi que les restaurants-minute et les restaurants à service complet. Les définitions utilisées sont celles du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) (voir le glossaire).

« **épicerie** » Comprend les supermarchés et les épiceries offrant une gamme générale de produits alimentaires, notamment des légumes et fruits et des viandes fraîches.

« **magasin d'alimentation spécialisé** » Comprend les boucheries, les poissonneries, les marchés de légumes et fruits, les boulangeries et les confiseries, ainsi que les magasins de noix, de produits laitiers et d'aliments en vrac, biologiques, naturels ou ethniques.

« **dépanneur** » Comprend les magasins offrant une gamme limitée de biens de consommation courante (p. ex. lait, aliments à grignoter, aliments séchés, conserves), y compris ceux disposant d'un poste d'essence.

« **restaurant-minute** » Comprend les établissements de restauration à service restreint où les clients commandent à un comptoir et paient avant de manger, y compris les aires de restauration des centres commerciaux, les pizzérias, les beigneries et les cafés. Sont exclus de cette catégorie les comptoirs au cinéma et les kiosques temporaires extérieurs (p. ex. friteries mobiles et stands à hot dog).

« **restaurant** » Comprend les établissements de restaurant à service complet, où les clients passent leur commande à la table et paient leur repas après avoir mangé, y compris les restaurants d'hôtel, les buffets, les bars servant de la nourriture, les restaurants familiaux (à condition que ceux-ci soient des entreprises enregistrées). Sont exclus de cette catégorie les cafétérias, les traiteurs, les clubs sportifs et les clubs privés.

Les renseignements sur le milieu alimentaire ont été fournis par l'EQQO (www.neighbourhoodstudy.ca) et recueillis en 2006. Dans le **tableau 14**, on a groupé les quartiers de la ville d'Ottawa en fonction du quintile de leur situation socioéconomique (SS). Les ressources alimentaires de chaque quintile ont été classées d'abord en fonction de la densité des ressources (pour 1 000 personnes du quartier), puis du nombre total de ressources offertes dans chaque quartier. C'est la densité qui a été utilisée comme mesure prédominante parce qu'elle représente la demande exercée sur les ressources à la lumière du nombre de résidents, ce que ne révèle pas un simple décompte des ressources. La densité constitue une bonne mesure pour les secteurs urbains (soit la plupart de ceux d'Ottawa), mais peut mener à une mauvaise classification des secteurs ruraux où il y a moins de résidents sur une même superficie et une distance importante entre les ménages et les ressources. Dans ce cas, la densité devient une mesure moins efficace.

Voici les trois quartiers de la ville d'Ottawa, par type de ressources, dont la densité était la plus élevée en 2006 :

Épiceries

- 1) Orléans-Centre : 0,9 pour 1 000 résidents (3 établissements),
- 2) Overbrook-Ouest McArthur : 0,5 pour 1 000 résidents (6 établissements),
- 3) Industrial-Est et Crestview-Meadowlands : 0,5 pour 1 000 résidents (4 établissements chacun).

Magasins d'alimentation spécialisés

- 1) Marché Byward : 6,0 pour 1 000 résidents (27 établissements),
- 2) Orléans-Centre : 2,0 pour 1 000 résidents (7 établissements),
- 3) Island Park : 1,4 pour 1 000 résidents (7 établissements).

Dépanneurs

- 1) Hintonburg Mechanicsville : 2,0 pour 1 000 résidents (19 établissements),
- 2) Orléans-Centre : 1,4 pour 1 000 résidents (5 établissements),
- 3) Overbrook-Ouest McArthur : 1,3 pour 1 000 résidents (15 établissements).

Restaurants-minute

- 1) Marché By : 1,3 pour 1 000 résidents (59 établissements),
- 2) Orléans-Centre : 0,9 pour 1 000 résidents (31 établissements),
- 3) Centre-Ville : 0,6 pour 1 000 résidents (148 établissements).

Restaurants

- 1) Marché By : 17,0 pour 1 000 résidents (77 restaurants),
- 2) Centre-Ville Ouest : 4,9 pour 1 000 résidents (59 restaurants),
- 3) Centre-Ville : 4,7 pour 1 000 résidents (113 restaurants).

Nous présentons les quartiers figurant aux trois premiers rangs pour chaque ressource, mais il est beaucoup plus difficile de cibler les trois derniers en raison du nombre élevé de quartiers qui n'ont pas ou ont très peu de ressources.

Le quartier de Playfair Park-Lynda Park-Guildwood Estates ne disposait d'aucune ressource alimentaire, le quartier de Briar Green-Leslie Park avait un dépanneur, et le quartier de Quilicum-Redwood Park avait un restaurant-minute.

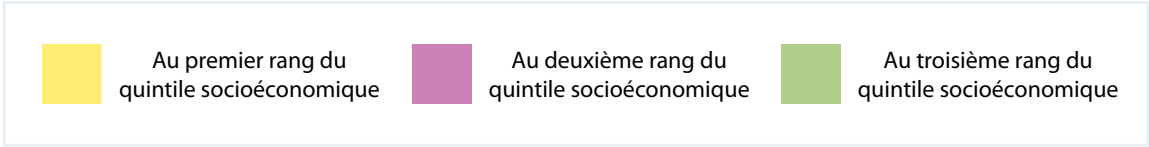
Le quartier de Playfair Park-Lynda Park-Guildwood Estates présentait le pourcentage le plus élevé de résidents qui consommaient au moins cinq portions de légumes et fruits par jour, lequel s'élevait à 72 %, et le quartier de Ledbury-Heron Gate-Ridgemont-Elmwood avait le pourcentage le plus bas à ce titre, soit 20 %*.

Le quartier de Glen Cairn-Kanata-Sud présentait le pourcentage le plus élevé de résidents dont l'IMC était de 25 kg/m² et plus (embonpoint ou obésité), soit 68 %, et le quartier de Rockcliffe-Manor Park avait quant à lui le pourcentage le plus faible de résidents faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité, soit 29 %*.

* = *Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite*

Tableau 14 : Milieu alimentaire par quartier selon les quintiles socioéconomiques, Ottawa, 2006

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions/jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 1 – Le plus favorisé																	
Beaverbrook	6E	0	0,0	9E	0	0,0	12E	1	0,2	11E	1	0,0	12	1	0,2	41,9* ± 17,4	S.O.
Briar Green-Leslie Park	6E	0	0,0	9E	0	0,0	12E	1	0,2	12E	0	0,0	15E	0	0,0	S.O.	43,2* ± 20,2
Bridlewood-Emerald Meadows	6E	0	0,0	9E	0	0,0	7E	5	0,3	10	2	0,0	10	3	0,2	50,4 ± 8,8	43,4 ± 9,9
Carp-Hardwood Plains	6E	0	0,0	8E	1	0,1	11	2	0,2	9E	3	0,0	5	5	0,6	54,0 ± 9,8	40,0 ± 11,4
Civic Hospital-Central Park	5E	1	0,1	8E	1	0,1	3E	6	0,6	3	8	0,1	11E	2	0,2	45,8 ± 12,7	45,3 ± 12,2
Glebe-Lac Dow	2	2	0,2	2	8	0,7	3E	7	0,6	2E	12	0,1	2	24	2,2	33,7 ± 10,2	44,4 ± 13,9
Greely	6E	0	0,0	5E	3	0,3	1	9	0,8	8	5	0,0	8E	5	0,4	60,0 ± 11,5	30,7* ± 10,7
Island Park	3E	1	0,2	1	7	1,4	5	2	0,4	6E	3	0,1	1	12	2,3	42,9* ± 15,0	50,6 ± 11,5
Kanata Lakes : Marchwood Lakeside–Morgan's Grant–parc industriel Kanata-Nord	4E	2	0,1	8E	1	0,1	10	4	0,2	1	16	0,1	4	12	0,7	42,7 ± 11,2	55,3 ± 9,7



Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Kars-Osgoode	5E	1	0,1	9E	0	0,0	14	1	0,1	12E	0	0,0	11E	2	0,2	52,6 ± 13,0	26,2* ± 14,9
Manotick-North Gower	5E	1	0,1	7	2	0,2	2E	6	0,7	4	5	0,1	9	4	0,4	50,0 ± 12,3	41,8 ± 12,3
Merivale Gardens-Grenfell Glen-Pineglen-Country Place	6E	0	0,0	3	1	0,4	6	1	0,4	7	2	0,1	3	4	1,5	S.O.	61,4 ± 19,8
Metcalfe	3E	1	0,2	9E	0	0,0	12E	1	0,2	5	4	0,1	6	3	0,5	48,1 ± 13,6	34,2* ± 16,2
Munster Hamlet-Richmond	6E	0	0,0	5E	3	0,3	8	3	0,3	9E	3	0,0	8E	5	0,4	56,1 ± 12,0	48,0 ± 13,2
Navan-Vars	5E	1	0,1	8E	1	0,1	2E	7	0,7	11E	1	0,0	11E	2	0,2	61,2 ± 9,4	37,6* ± 16,2
New Barrhaven-Stonebridge	1	6	0,3	6	5	0,2	13	2	0,1	2E	12	0,1	13	3	0,1	41,0 ± 9,6	27,1* ± 10,7
Orléans-Chapel Hill-Sud	6E	0	0,0	9E	0	0,0	12E	1	0,2	6E	3	0,1	15E	0	0,0	52,2 ± 10,3	S.O.
Riverside-Sud-Leitrim	6E	0	0,0	9E	0	0,0	9	2	0,3	12E	0	0,0	14	1	0,1	36,0* ± 13,3	26,4* ± 13,6
Stittsville	4E	2	0,1	4	4	0,3	7E	5	0,3	2E	12	0,1	7	6	0,4	51,5 ± 9,7	44,6 ± 8,4
Stittsville-Basswood	6E	0	0,0	9E	0	0,0	4	4	0,5	11E	1	0,0	15E	0	0,0	S.O.	S.O.



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 2																	
Barrhaven	5E	1	0,1	8E	1	0,1	8E	3	0,2	9	7	0,0	11E	2	0,1	53,8 ± 9,0	36,2 ± 11,0
Chapman Mills-Rideau Crest-Davidson Heights	5E	1	0,1	8E	1	0,1	11	2	0,1	11	3	0,0	12E	1	0,1	52,9 ± 11,7	38,7* ± 18,6
Cumberland	6E	0	0,0	7E	1	0,2	10	1	0,2	13E	1	0,0	9	1	0,2	59,6 ± 10,2	S.O.
Fitzroy Harbour-West Carleton	6E	0	0,0	8E	1	0,1	6E	3	0,3	13E	1	0,0	6E	3	0,3	S.O.	S.O.
Glen Cairn-Kanata-Sud	1	3	0,4	3	3	0,4	3	3	0,4	1	14	0,2	1	8	1,0	68,0 ± 12,9	24,6* ± 10,6
Hunt Club Woods-Quintarra-Revelstoke	6E	0	0,0	7E	1	0,2	4E	2	0,4	12E	2	0,0	5	2	0,4	42,1* ± 15,7	S.O.
Katimavik-Hazeldean	4	3	0,2	4	4	0,3	8E	3	0,2	2	19	0,1	2	10	0,7	43,0 ± 10,5	45,2 ± 7,1
Orléans Avalon-Notting Gate-Fallingbrook-Gardenway South	3	6	0,2	9	1	0,0	7	7	0,2	8	15	0,0	10	3	0,1	51,1 ± 6,6	37,4* ± 12,3
Orléans-Chapel Hill	6E	0	0,0	2	4	0,5	9	2	0,2	4	11	0,1	8	2	0,2	46,4 ± 10,7	47,8* ± 16,8
Orléans Chatelaine Village	6E	0	0,0	10E	0	0,0	4E	2	0,4	12E	2	0,0	13E	0	0,0	S.O.	S.O.

Au premier rang du quintile socioéconomique
 Au deuxième rang du quintile socioéconomique
 Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Orléans-Nord-Ouest	5E	1	0,1	10E	0	0,0	6E	3	0,3	10	4	0,0	12E	1	0,1	56,7 ± 9,5	41,7 ± 11,0
Orléans-Queenswood Heights	6E	0	0,0	6	3	0,2	5E	4	0,3	5	8	0,1	11E	2	0,1	56,4 ± 9,3	33,3 ± 10,4
Orléans Village-Chateaufort	5E	1	0,1	8E	1	0,1	5E	4	0,3	3	14	0,1	3	8	0,6	60,5 ± 6,9	42,8 ± 10,4
Ottawa-Sud	6E	0	0,0	1	5	0,6	1	4	0,5	6	7	0,1	4	5	0,6	S.O.	S.O.
Playfair Park-Lynda Park-Guildwood Estates	6E	0	0,0	10E	0	0,0	12	0	0,0	14	0	0,0	13E	0	0,0	39,1* ± 14,1	71,5 ± 20,1
Rothwell Heights-Beacon-Hill-Nord	6E	0	0,0	5	3	0,3	2	4	0,4	12E	2	0,0	6E	3	0,3	44,6 ± 10,7	57,8 ± 10,3
Trend-Arlington	2	1	0,3	10E	0	0,0	12	0	0,0	7	5	0,1	7	1	0,3	S.O.	40,6 ± 30,1



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 3																	
Bells Corners-Est	2	2	0,4	6	3	0,7	4	5	1,1	3	16	0,4	2	18	4,0	46,9* ± 17,3	33,2* ± 17,0
Bells Corners-Ouest	6E	0	0,0	4	4	0,9	8	3	0,7	9	2	0,0	5	6	1,4	48,4* ± 17,6	S.O.
Blackburn Hamlet	5E	1	0,1	10	1	0,1	11	3	0,4	8E	3	0,0	12E	2	0,2	57,4 ± 12,4	38,0* ± 18,6
Marché Byward	6E	0	0,0	1	27	6,0	5	4	0,9	1	59	1,3	1	77	17,0	40,0* ± 14,3	50,0* ± 20,6
Carlingwood West-Glabar Park-McKellar Heights	4E	1	0,2	3	6	1,1	3	6	1,1	5E	7	0,1	6	7	1,3	S.O.	35,9* ± 13,1
Centrepointe	6E	0	0,0	11E	0	0,0	13	2	0,3	8E	3	0,0	11E	2	0,3	40,9* ± 14,5	S.O.
Greenbelt	6E	0	0,0	9	1	0,2	7	4	0,7	5E	7	0,1	10E	2	0,4	S.O.	S.O.
Hunt Club Park	6E	0	0,0	11E	0	0,0	15	1	0,1	10E	1	0,0	11E	2	0,3	50,0 ± 14,8	37,8 ± 9,3
Hunt Club Upper-Blossom Park-Timbermill	5E	1	0,1	11E	0	0,0	2	8	1,1	7E	5	0,1	14	1	0,1	48,9 ± 14,6	48,3* ± 16,7
Laurentian	5E	1	0,1	5	8	0,8	16	0	0,0	4	19	0,2	9	4	0,4	41,8 ± 11,8	56,0 ± 15,2



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Lindenlea-New Edinburgh	6E	0	0,0	11E	0	0,0	12E	2	0,4	7E	5	0,1	4	12	2,3	34,0* ± 13,5	47,0* ± 22,1
Orléans-Centre	1	3	0,9	2	7	2,0	1	5	1,4	2	31	0,9	3	10	2,9	56,3 ± 17,2	40,6* ± 24,6
Riverside Park	4E	1	0,2	11E	0	0,0	14	1	0,2	11	0	0,0	8	4	0,9	S.O.	53,8* ± 24,1
Rockcliffe-Manor Park	6E	0	0,0	11E	0	0,0	9	3	0,6	10E	1	0,0	10E	2	0,4	28,9* ± 14,4	S.O.
Tanglewood	6E	0	0,0	11E	0	0,0	12E	2	0,4	6	6	0,1	13	1	0,2	S.O.	S.O.
Westboro	3	2	0,2	8	2	0,2	6	7	0,7	7E	5	0,1	7	10	1,1	38,7 ± 12,1	44,5 ± 13,0
Woodvale-Craig Henry-Manordale-Estates of Arlington Woods	6E	0	0,0	7	4	0,5	10	4	0,5	8E	3	0,0	12E	2	0,2	59,0 ± 12,3	38,7* ± 19,3



Au premier rang du quintile socioéconomique

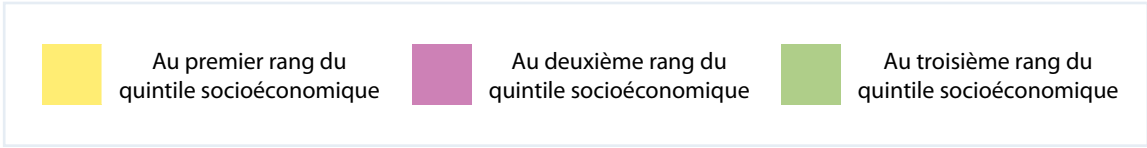


Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 4																	
Beacon Hill-Sud-Cardinal Heights	7E	1	0,1	7E	1	0,1	9	5	0,7	5	14	0,2	14E	1	0,1	51,2 ± 14,9	51,2* ± 24,6
Billings Bridge-Alta Vista	2	3	0,3	2	13	1,1	14	4	0,3	3	19	0,2	5	10	0,8	53,7 ± 10,8	38,2* ± 12,8
Borden Farm-Stewart Farm-Parkwood Hills-Fisher Glen	4	2	0,2	8E	0	0,0	16E	1	0,1	13E	4	0,0	14E	1	0,1	41,8 ± 11,8	36,5 ± 10,8
Braemar Park-Bel Air Heights-Copeland Park	8E	0	0,0	8E	0	0,0	16E	1	0,1	11	4	0,1	14E	1	0,1	48,1 ± 13,6	35,4* ± 15,5
Carleton Heights-Rideauview	5	1	0,2	8E	0	0,0	3	6	0,9	6	10	0,2	7	4	0,6	42,6* ± 14,1	54,7 ± 13,7
Carson Grove-Carson Meadows	7E	1	0,1	7E	1	0,1	8	6	0,7	10E	5	0,1	9	4	0,5	49,3 ± 11,6	34,6* ± 12,6
Centre-Ville	6E	2	0,1	1	28	1,2	1	23	1,0	1	148	0,6	1	113	4,7	38,9 ± 10,1	33,6 ± 6,6
Cityview-Skyline-Fisher Heights	3	2	0,3	4	4	0,6	6	5	0,8	2	16	0,3	2	13	2,1	63,4 ± 14,7	32,6* ± 15,7
Crestview-Meadowlands	1	4	0,5	3	5	0,6	10	4	0,5	4	17	0,2	6	7	0,8	57,4 ± 13,2	30,3* ± 12,7



Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Crystal Bay-Lakeview Park	8E	0	0,0	8E	0	0,0	12	2	0,5	15	1	0,0	10	2	0,5	53,6 ± 10,7	35,8* ± 17,0
Elmvale–Eastway–Riverview–Riverview Park-Ouest	6E	2	0,1	8E	0	0,0	5	12	0,8	9	9	0,1	13	2	0,1	47,6 ± 9,6	41,2 ± 10,4
Greenboro-Est	8E	0	0,0	8E	0	0,0	16E	1	0,1	13E	4	0,0	15E	0	0,0	57,4 ± 14,1	42,7* ± 19,1
Hunt Club-Est–Communauté de l'Ouest	7E	1	0,1	8E	0	0,0	13	3	0,4	13E	4	0,0	12	2	0,2	48,1 ± 13,6	47,3 ± 11,1
Hunt Club-Aéroport d'Ottawa	8E	0	0,0	6E	1	0,2	15	1	0,2	12	3	0,1	15E	0	0,0	S.O.	S.O.
Ottawa-Est	8E	0	0,0	5	2	0,4	7	4	0,8	10	5	0,1	8	3	0,6	32,9 ± 10,4	44,9 ± 12,4
Pineview	8E	0	0,0	8E	0	0,0	11	3	0,5	14	2	0,0	11	2	0,4	41,0* ± 15,4	S.O.
Sandy Hill–Ottawa-Est	8E	0	0,0	7E	1	0,1	2	10	0,9	8	12	0,1	4	13	1,2	38,1 ± 10,4	38,7 ± 9,9
Woodroffe-Lincoln Heights	8E	0	0,0	6E	1	0,2	4	4	0,9	7	7	0,2	3	6	1,4	S.O.	39,9* ± 19,7



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embon-point ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 5 – Le plus défavorisé sur le plan socioéconomique																	
Basse-Ville	5E	2	0,2	6	6	0,7	5E	9	1,1	10	9	0,1	6	14	1,7	37,7* ± 13,1	45,4* ± 15,7
Bayshore	8E	0	0,0	8E	5	0,6	14	4	0,5	7E	15	0,2	14	6	0,8	56,3 ± 17,2	46,7* ± 19,1
BFC Rockcliffe-CNR	6E	1	0,2	15E	0	0,0	12	3	0,6	12	6	0,1	15	2	0,4	47,8 ± 11,8	43,0* ± 16,2
Carlington	8E	0	0,0	14	1	0,1	11	7	0,7	14E	4	0,0	11	9	0,9	52,3 ± 12,1	35,1 ± 10,5
Centre-Ville-Ouest	8E	0	0,0	1	29	2,4	10	9	0,8	4	27	0,2	1	59	4,9	39,1* ± 14,1	36,5 ± 8,5
Cummings	5E	2	0,2	8E	5	0,6	7	8	0,9	6	19	0,2	5	17	2,0	35,1* ± 12,4	33,1* 13,4
Emerald Woods-Sawmill Creek	6E	1	0,2	13	1	0,2	16E	1	0,2	13	3	0,1	17E	1	0,2	S.O.	S.O.
Hawthorne Meadows-Sheffield Glen	8E	0	0,0	15E	0	0,0	16E	1	0,2	15	2	0,0	17E	1	0,2	51,4 ± 16,1	44,0* ± 21,5
Hintonburg-Mechanicsville	8E	0	0,0	10	5	0,5	1	19	2,0	7E	15	0,2	3	22	2,3	41,2* ± 13,5	39,2* ± 14,2
Industrial-Est	2	4	0,5	3	8	1,0	3	11	1,3	3	28	0,3	2	24	2,9	S.O.	61,5* ± 20,8
Iris	8E	0	0,0	9	4	0,6	9	6	0,9	11E	8	0,1	10	7	1,0	42,9* ± 16,4	30,1* ± 17,8



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique

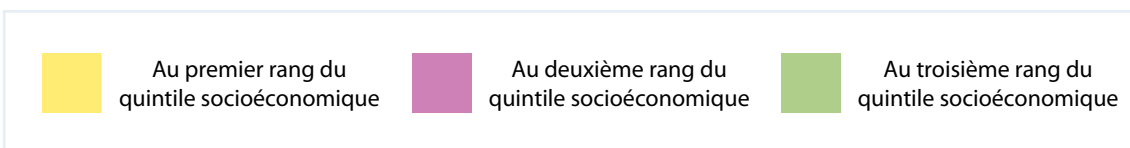


Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Épiceries			Magasins d'alimentation spécialisés			Dépanneurs			Restaurants-minute			Restaurants			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Fruits/légumes (≥ 5 portions /jour)
	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Ledbury–Heron Gate–Ridgemont–Elmwood	4	3	0,2	7	8	0,6	13	7	0,5	5	22	0,2	8	16	1,2	38,2* ± 12,8	20,0* ± 7,5
Overbrook Ouest–McArthur	1	6	0,5	2	11	1,0	2	15	1,3	2	33	0,3	7	16	1,4	57,1 ± 8,6	24,4 ± 5,5
Qualicum–Redwood Park	8E	0	0,0	15E	0	0,0	17	0	0,0	16	1	0,0	18	0	0,0	S.O.	S.O.
South Keys–Heron Gate–Greenboro–Ouest	6E	1	0,2	5	4	0,9	6	5	1,1	1	19	0,4	4	10	2,1	S.O.	40,3* ± 24,0
Vanier–Nord	5E	2	0,2	8E	5	0,6	5E	9	1,1	9	10	0,1	13	7	0,8	52,5 ± 9,8	27,9* ± 10,7
Vanier–Sud	3	2	0,3	4	7	1,0	4	9	1,3	11E	8	0,1	12	6	0,9	61,7 ± 10,6	S.O.
Village de Britannia	7	1	0,1	11	4	0,5	8	7	0,9	8	14	0,2	9	9	1,2	S.O.	S.O.
Whitehaven–Queensway Terrace–Nord	8E	0	0,0	12	5	0,4	15	2	0,2	14E	4	0,0	16	2	0,2	39,0 ± 10,9	37,7* ± 13,9

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; IMC : indice de masse corporelle; IC : intervalle de confiance; S.O. : données inconnues; E : égalité.

Source : Données relatives aux quartiers : *Étude de quartiers d'Ottawa* (2006); données relatives à l'IMC : *Système de surveillance rapide des facteurs de risque* (2003-2007); données relatives à la consommation de légumes et fruits : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2001/2003/2005/2007).





CHAPITRE 3
Vie Active

3. VIE ACTIVE

Pour mener une vie active, il faut faire des activités physiques, structurées et non structurées, et réduire ses activités sédentaires ou ses heures d'inactivité. Il est aussi important d'être actif que de bien s'alimenter pour améliorer sa qualité de vie et réduire les risques d'obésité et de plusieurs maladies chroniques. Avoir une vie active, c'est bouger le plus possible au quotidien et réduire ses activités sédentaires. Cette section du rapport présente des données sur différentes mesures de la vie active, comme les taux d'activité physique (autodéclaré et objectivement mesuré au moyen d'un podomètre), le temps de déplacement par un moyen de transport actif ou passif, le temps d'écran, le temps passé en position assise, le temps passé dans un cours d'éducation physique et l'accès aux ressources en matière d'activité physique offertes sur le lieu de travail. On y fournit également de l'information sur les types d'activité physique auxquels les résidents d'Ottawa peuvent participer pendant leurs loisirs, sur les obstacles et les outils possibles et sur la répartition des ressources entre les quartiers de la ville.

Lorsqu'il était possible et approprié de le faire, nous avons analysé l'information actuellement disponible pour la ville d'Ottawa. À noter toutefois que les mesures énoncées dans la présente ne constituent pas une liste exhaustive des facteurs importants en ce qui concerne la vie active.

Directives canadiennes en matière d'activité physique

Les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* ont été élaborées par la Société canadienne de physiologie de l'exercice, avec l'aide de ParticipACTION et d'autres intervenants, ainsi que le soutien de l'Agence de la santé publique du Canada. Ces directives présentent des recommandations, fondées sur des données scientifiques, à l'intention de la petite enfance (0 à 4 ans), des enfants (5 à 11 ans), des adolescents (12 à 17 ans), des adultes (18 à 64 ans) et des aînés (65 ans et plus), visant à réduire le risque de mortalité prématurée et de plusieurs maladies chroniques. Le **tableau 15** constitue un résumé des *Directives canadiennes en matière d'activité physique*, accessibles à l'adresse suivante : www.scpe.ca/directives.

Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention de la petite enfance (0 à 4 ans)

Nourrissons (âgés de moins de 1 an) : devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour – particulièrement par l'entremise de jeux interactifs au sol.

Tout-petits (âgés de 1 à 2 ans) et enfants d'âge préscolaire (âgés de 3 à 4 ans) : devraient faire au moins 180 minutes d'activité physique, peu importe l'intensité, réparties au cours de la journée, y compris une variété d'activités dans divers environnements; des activités qui permettent de développer les habiletés motrices; une progression vers au moins 60 minutes de jeu actif à l'âge de cinq ans.

Globalement : s'adonner chaque jour à encore plus d'activité physique entraîne plus de bienfaits.

Tableau 15 : Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des enfants, des jeunes, des adultes et des aînés

	Enfants 5 à 11 ans	Adolescents 12 à 17 ans	Adultes 18 à 64 ans	Aînés 65 ans et plus
APMV	≥ 60 minutes par jour	≥ 60 minutes par jour	≥ 150 minutes par semaine	≥ 150 minutes par semaine
APV	≥ 3 fois par semaine	≥ 3 fois par semaine		
Musculation	≥ 3 fois par semaine	≥ 3 fois par semaine	≥ 2 fois par semaine	≥ 2 fois par semaine
Message global	Le plus possible!			

Source : *Directives canadiennes en matière d'activité physique*, 2011.

APMV : activité physique modérée ou vigoureuse; APV : activité physique vigoureuse

Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire

La Société canadienne de physiologie de l'exercice a publié en 2011 les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire* à l'intention des enfants et des adolescents. Tout récemment, en 2012, la SCPE publiait des *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire pour la petite enfance*. Ces directives, qui sont une première mondiale, recommandent des limites pour le temps de loisir passé devant l'écran ainsi que les comportements sédentaires. On y indique que les enfants devraient limiter leur temps de loisir passé devant l'écran (télévision, ordinateur, jeux vidéo, etc.), les déplacements en véhicule motorisé, le temps passé à l'intérieur et les périodes prolongées en position assise dans le cadre de leurs activités à la maison, à l'école et dans la collectivité (p. ex. bénévolat, emploi). Selon les directives, ces mesures permettent d'améliorer sa condition physique, sa forme cardiovasculaire et musculaire, son rendement scolaire, sa confiance en soi et son comportement social. Le **tableau 16** présente un résumé des recommandations des *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire* à l'intention de la petite enfance, des enfants et des adolescents, accessibles à l'adresse : www.scpe.ca/directives. Ces directives n'existent malheureusement pas encore pour les adultes au Canada.

Tableau 16 : Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des adolescents

	Enfants (0 à 2 ans)	Enfants (2 à 4 ans)	Enfants (5 à 11 ans)	Adolescents (12 à 17 ans)
Activités sédentaires	0 minutes par jour	≤ 60 minutes par jour	≤ 120 minutes par jour	≤ 120 minutes par jour
Message global	Le moins possible!			

Source : Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des adolescents, 2011.

Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention de la petite enfance, 2012.

L'utilisation de méthodes autodéclarées et de méthodes de mesure directe de l'activité physique

Jusqu'à maintenant, la majorité des données portant sur les habitudes de vie saines et les résultats qui y sont associés ont été basées sur l'autodéclaration. Cependant le Canada a récemment inclus au sein de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), une étude nationale, plus objective, concernant l'activité physique qui utilise l'accélérométrie. Les données de l'ECMS ne sont toutefois pas disponibles au niveau local de la Ville d'Ottawa.

Une évaluation précise de la pratique de l'activité physique est requise afin d'identifier les niveaux actuels, surveiller les changements au sein de la population, améliorer la précision quant à détermination des relations entre l'activité physique et les indicateurs de la santé, ainsi que de mesurer l'efficacité des interventions visant l'accroissement des niveaux d'activité. Lors de la collecte des données auprès de la population, les niveaux d'activité physique autodéclarés (par exemple, les sondages, les questionnaires, etc.) sont souvent utilisés à cause de leur aspect pratique, du faible coût, du faible fardeau pour le répondant et du degré d'acceptation général.⁵²

Les méthodes d'auto déclaration sont utiles pour accroître les connaissances quant aux niveaux d'activité physique d'une population donnée, mais elles surestiment la véritable dépense énergétique et sous-estiment le taux d'inactivité. Souvent, ces méthodes introduisent des distorsions lors des rappels et des biais lors des réponses (par exemple, le désir de l'acceptation sociale, le déficit de la mémoire) et ne peuvent saisir les niveaux absolus d'activité physique. De cette façon, les informations auto-déclarées ne saisissent pas les mêmes niveaux d'activité physique que les méthodes plus objectives (accéléromètres, podomètres, etc.).⁵³

Presque tous les résultats signalés dans la section "Vie active" sont basées sur des niveaux d'activité physique autodéclarés de la population d'Ottawa. Sachant que les résultats sont fournis de façon auto-déclarée et qu'il en résulte une surestimation des vrais niveaux d'activité physique (tels que mesurés par le moyens de mesures directes)⁵³, il est important d'interpréter ceux-ci avec prudence et en comprenant que, bien qu'une proportion de la population ait été classifiée comme étant active, celle-ci pourrait être surestimée, étant donné l'utilisation de méthode d'auto déclaration.

Niveau d'activité physique chez les jeunes

L'activité physique est primordiale pour optimiser la croissance et le développement et réduire le risque d'embonpoint, d'obésité et de plusieurs maladies chroniques.⁵⁴ Selon les *Directives canadiennes en matière d'activité physique*, les jeunes de 12 à 17 ans devraient faire chaque jour au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée.⁵⁵ Dans le cadre du SCDSEO de 2009 et de 2011, on a demandé à des élèves de la 7^e à la 12^e année le nombre de jours pendant lesquels ils avaient fait au moins 60 minutes d'activité physique, au cours des sept derniers jours. Par *activité physique*, on entendait toute activité associée à une augmentation de la fréquence cardiaque et à une respiration devenant haletante par moments. Le niveau d'activité physique a été classé de la manière suivante : ceux qui respectaient ces directives (60 minutes quotidiennement), ceux qui avaient fait 60 minutes d'activité par jour de une à trois fois, ceux qui avaient fait 60 minutes d'activité par jour de quatre à six fois et ceux qui étaient inactifs ou qui ont indiqué ne pas avoir fait 60 minutes d'activité physique au moins une fois dans les sept derniers jours.

EN BREF...

- Peu (22 %) d'élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont répondu qu'ils respectaient les recommandations de faire 60 minutes d'activité physique par jour.
- Certains éléments indiquent que les garçons atteindraient plus souvent les directives actuelles que les filles.
- Les élèves de 7^e et de 8^e année ont été plus nombreux à indiquer être actifs la plupart des jours de la semaine que ceux de la 9^e à la 12^e année.
- Certains éléments indiquent que les élèves ayant déclarés avoir un statut socioéconomique familial plus faible et un père avec un niveau d'éducation peu élevé seraient plus nombreux à être inactifs ou actifs de façon peu fréquente. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer que cette différence existe vraiment.
- Aucune différence significative en matière d'activité physique n'a été observée selon le niveau de scolarité de la mère, le statut d'immigrant, la langue parlée à la maison ou la catégorie d'IMC.

Tableau 17 : Niveaux d'activité physique des élèves (7^e à la 12^e année) selon les déterminants sociaux de la santé, Ottawa, 2009-2011

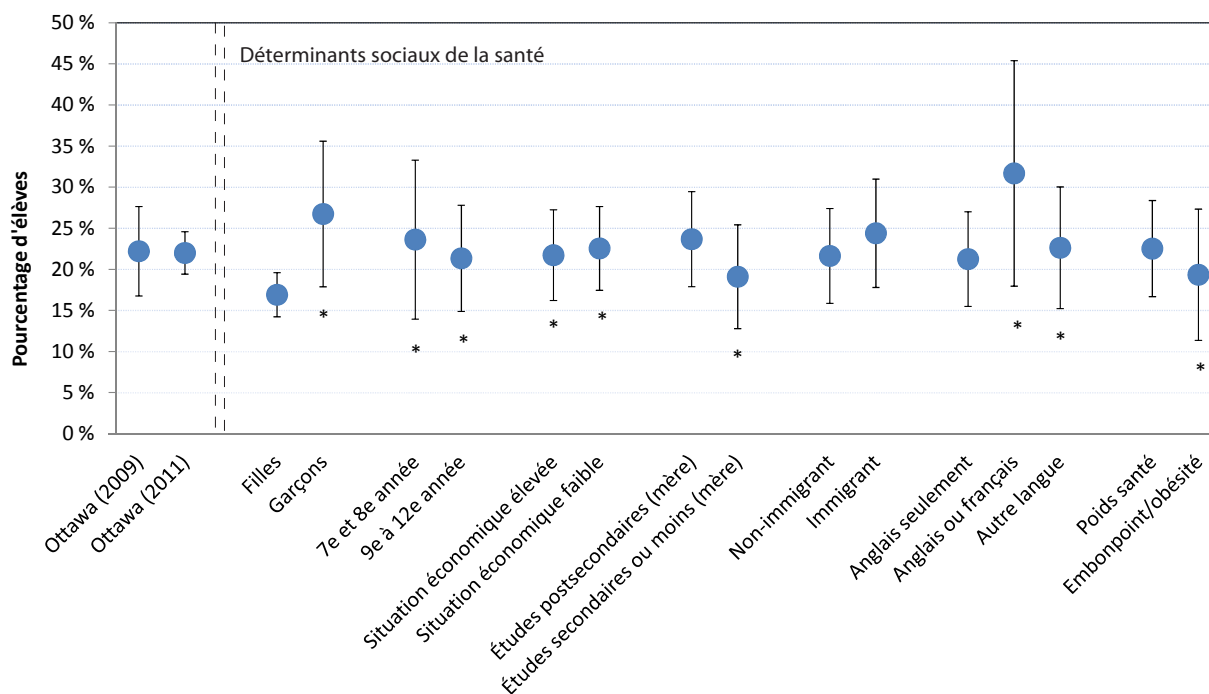
	Activité physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'activité physique (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	Dans l'ensemble, 22,0 % (16,6 %, 28,6 %) des élèves d'Ottawa ont répondu avoir respecté les directives actuelles en matière d'activité physique au cours des 7 jours précédant le sondage. De plus, 43,4 % (35,7 %, 51,4 %) ont indiqué avoir fait 60 minutes d'activité physique de 4 à 6 jours parmi les sept derniers, 29,7 % (23,3 %, 37,1 %) ont indiqué avoir fait 60 minutes d'activité physique de 1 à 3 jours parmi les sept derniers, et 4,9 %* (3,3 %, 7,3 %) ont répondu être inactifs et ne pas avoir fait 60 minutes d'activité physique dans les 7 derniers jours.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009.
Reste de l'Ontario	Les données pour 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.	Aucune différence n'a été observée entre Ottawa et le reste de l'Ontario.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Comparativement aux garçons, les filles étaient plus nombreuses à avoir été actives de 1 à 3 jours. Toutefois, vu la taille de l'échantillon, cette tendance n'était pas statistiquement significative (34,6 % [27,5 %, 42,4 %] contre 25,2 % [18,0 %, 34,0 %]).	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009. De plus, les garçons étaient plus nombreux que les filles à avoir été actifs les 7 derniers jours (27,2 % [23,6 %, 31,1 %] contre 16,8 % [13,0 %, 21,6 %]).

	Activité physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'activité physique (2009 par rapport à 2011)
Années scolaires	<p>Les élèves de la 9^e à la 12^e année ont été plus nombreux à répondre avoir été actifs de 1 à 3 jours parmi les sept derniers que ceux de 7^e et de 8^e année (34,4 % [26,2 %, 43,6 %] contre 18,0 % [14,5 %, 22,1 %]).</p> <p>Les élèves de 7^e et de 8^e année ont été plus nombreux à répondre avoir été actifs de 4 à 6 jours parmi les 7 derniers que ceux de la 9^e à la 12^e année (56,4 % [45,4 %, 66,7 %] contre 38,2 % [32,8 %, 43,9 %]).</p>	<p>En 2009, les élèves de la 9^e à la 12^e année ont été plus nombreux à répondre avoir été actifs de 1 à 3 jours parmi les 7 derniers que ceux de 7^e et de 8^e année (36,4 % [30,5 %, 42,7 %] contre 22,9 % [18,4 %, 28,2 %]).</p> <p>Les élèves de 7^e et de 8^e année ont été plus nombreux à répondre avoir été actifs les 7 derniers jours que ceux de la 9^e à la 12^e année (32,5 % [28,5 %, 36,8 %] contre 18,0 % [15,1 %, 21,4 %]).</p>
Situation socioéconomique familiale	<p>Une distinction non significative, mais importante, a été observée : les élèves en situation socioéconomique faible étaient plus nombreux à être inactifs que ceux de situation socioéconomique élevée (8,4 %* [4,9 %, 13,8 %] contre 4,1 %* [2,6 %, 6,5 %]).</p>	<p>Ces données ne sont pas disponibles pour 2009.</p>
Scolarité du père	<p>Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité du père.</p>	<p>En 2009, les élèves qui ont répondu que leur père n'avait pas dépassé les études secondaires étaient plus nombreux à indiquer avoir été actifs de 1 à 3 jours. Cette tendance n'était toutefois pas statistiquement significative (44,0 % [35,8 %, 52,6 %] contre 30,4 % [25,2 %, 36,2 %]).</p> <p>En 2009, les élèves qui ont répondu que leur père avait fait des études postsecondaires étaient plus nombreux à indiquer avoir été actifs de 4 à 6 jours. Cette tendance n'était également pas statistiquement significative (38,1 % [33,6 %, 42,8 %] contre 30,6 % [25,7 %, 36,0 %]).</p>

	Activité physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'activité physique (2009 par rapport à 2011)
Scolarité de la mère	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité de la mère.	Aucune différence quant à l'activité physique n'a été observée selon la scolarité de la mère en 2009.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant.	Aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant en 2009.
Langue parlée à la maison	Aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison.	Aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison en 2009.
Indice de masse corporelle	Aucune différence n'a été observée selon l'IMC.	Aucune différence n'a été observée selon l'IMC en 2009.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle; SS : situation socioéconomique.

Graphique 15 : Pourcentage d'élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont fait au moins 60 minutes d'activité par jour au cours des sept derniers jours, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2009 et 2011 – Surveillance des facteurs de risque en Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
 * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95%.
 Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Temps passé par les adolescents dans les cours d'éducation physique

L'éducation physique peut améliorer les capacités physiques des enfants, favoriser le développement de leurs aptitudes sociales et améliorer leur estime de soi et leur rendement scolaire.⁵⁶ Dans le cadre du SCDSEO de 2009 et de 2011, on a demandé aux élèves (de la 7^e à la 12^e année) le nombre de jours pendant lesquels, au cours des cinq derniers jours d'école, ils avaient fait de l'activité physique durant au moins 20 minutes lors de leurs cours d'éducation physique. Par activité physique, on entendait toute activité associée à une augmentation de la fréquence cardiaque et à une respiration devenant haletante par moments. Le niveau d'éducation physique a été classé de la manière suivante : 1) élèves qui ont dit n'avoir eu aucun cours d'éducation physique ou ne pas être inscrits à un cours d'éducation physique; 2) ceux qui ont été actifs dans les cours d'éducation physique au cours d'un à quatre des cinq derniers jours d'école et 3) ceux qui ont dit être actifs dans les cours d'éducation physique au cours de chacun des cinq derniers jours d'école.

EN BREF...

- Près de la moitié (48 %) des élèves de la 7^e à la 12^e année résidant à Ottawa ont déclaré ne pas être actifs dans leurs cours d'éducation physique ou ne pas être inscrits à un cours d'éducation physique.
- Certains éléments indiquent que les garçons seraient plus nombreux à être actifs de façon régulière (les cinq jours d'école) que les filles lors des cours d'éducation physique.
- Les élèves de 7^e et 8^e année ont été plus nombreux à répondre avoir été actifs pendant leurs cours d'éducation physique que ceux de la 9^e à la 12^e année. Deux élèves sur trois (66 %) de la 9^e à la 12^e année n'ont pas participé à des cours d'éducation physique.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à la participation aux cours d'éducation physique selon le sexe par année scolaire, la scolarité des parents, la situation socioéconomique familiale, le statut d'immigrant, la langue parlée à la maison ou la catégorie d'IMC.

Tableau 18 : Taux de participation aux cours d'éducation physique chez les élèves (7^e à 12^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

	Éducation physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'éducation physique (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	<p>Dans l'ensemble, 47,8 % (31,6 %, 64,4 %) des élèves d'Ottawa ont dit n'avoir fait aucune activité physique lors des cours d'éducation physique ou ne pas être inscrits à un cours d'éducation physique.</p> <p>Parmi les élèves, 24,1 % (20,9 %, 27,2 %) ont dit avoir été actifs lors des cours d'éducation physique pendant 1 à 4 des 5 derniers jours d'école.</p> <p>Parmi les élèves, 28,1 % (16,3 %, 44,0 %) ont dit avoir été actifs lors des cours d'éducation physique pendant chacun des 5 derniers jours d'école.</p>	<p>En 2009, 52,2 % (46,5 %, 58,0 %) des élèves d'Ottawa ont dit n'avoir fait aucune activité physique lors des cours d'éducation physique ou ne pas être inscrits à un cours d'éducation physique; ce pourcentage est nettement plus élevé que celui enregistré en 2011.</p> <p>Parmi les élèves, 25,9 % (21,6 %, 30,7 %) ont dit avoir été actifs lors des cours d'éducation physique pendant 1 à 4 des 5 derniers jours d'école; ce pourcentage est aussi nettement plus élevé que celui enregistré en 2011.</p> <p>En 2009, moins d'élèves (21,9 % [18,2 %, 26,0 %]) ont dit avoir été actifs lors des cours d'éducation physique pendant chacun des 5 derniers jours d'école par rapport à 2011; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.</p>
Reste de l'Ontario	<p>Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.</p>	<p>En 2009, les élèves du reste de l'Ontario ont été plus nombreux que ceux d'Ottawa à indiquer avoir été actifs lors des cours d'éducation physique pendant 1 à 4 des 5 jours d'école précédant l'enquête (32,3 % [30,2 %, 34,3 %] contre 25,9 % [21,6 %, 30,7 %]).</p> <p>Les élèves d'Ottawa ont été plus nombreux que ceux du reste de l'Ontario à indiquer n'avoir eu aucun cours d'éducation physique; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (52,2 % [46,5 %, 58,0 %] contre 45,0 % [42,7 %, 47,2 %]).</p>

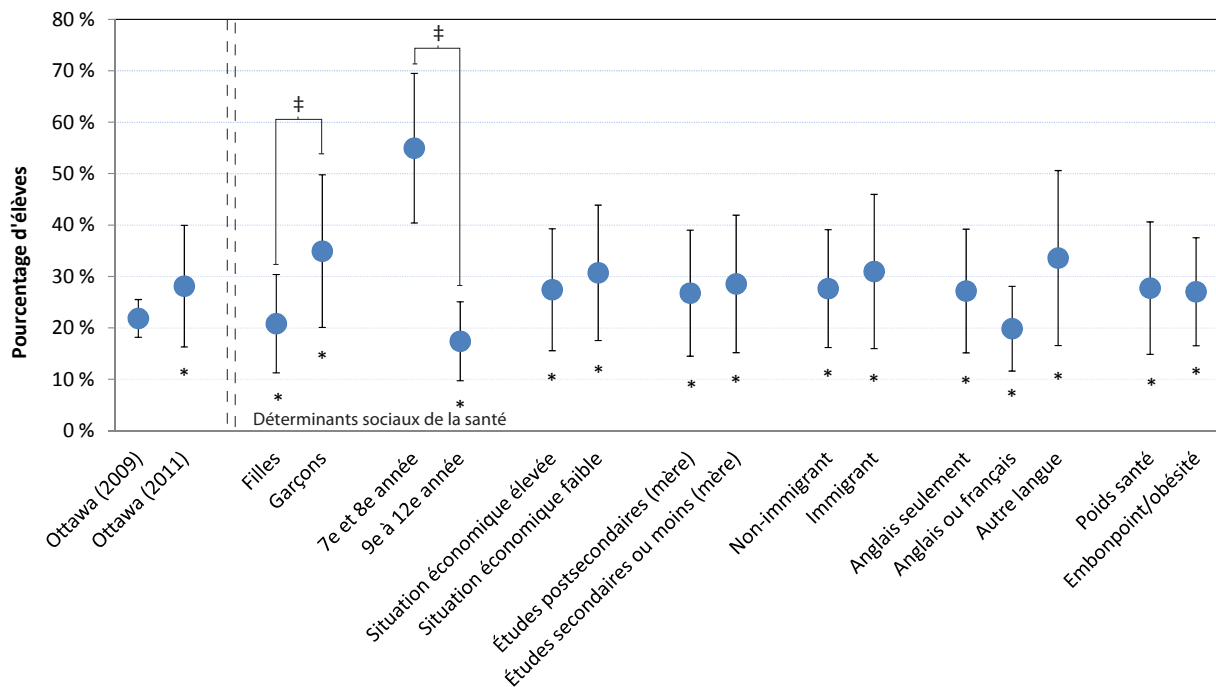
	Éducation physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'éducation physique (2009 par rapport à 2011)
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Les garçons ont été plus nombreux que les filles à indiquer avoir été actifs lors de cours d'éducation physique au cours de chacun des 5 derniers jours d'école (34,9 %* [20,1 %, 53,4 %] contre 20,8 %* [11,3 %, 35,3 %]).	En 2009, les filles ont été plus nombreuses que les garçons à indiquer avoir été actives lors de cours d'éducation physique pendant 1 à 4 des 5 derniers jours d'école (29,1 % [24,2 %, 34,5 %] contre 22,9 % [18,0 %, 28,7 %]).
Années	Les élèves de la 7 ^e et de la 8 ^e année ont été plus nombreux que ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année à indiquer avoir été actifs lors des cours d'éducation physique pendant 1 à 4 des 5 derniers jours d'école (42,1 % [31,8 %, 53,2 %] contre 16,9 % [14,5 %, 19,6 %]) et pendant chacun des 5 derniers jours d'école (55,0 % [40,4 %, 68,7 %] contre 17,4 %* [9,7 %, 29,2 %]). Parmi les élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année, 65,7 % (53,4 %, 76,2 %) n'ont pas participé à des cours d'éducation physique.	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009, en plus du fait que les élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année ont été plus nombreux que ceux de la 7 ^e et de la 8 ^e année à indiquer n'avoir pratiqué aucune activité physique (66,6 % [59,3 %, 73,1 %] contre 17,6 %* [12,0 %, 24,9 %]).

	Éducation physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'éducation physique (2009 par rapport à 2011)
Sexe et année	<p>Les garçons de la 7^e et de la 8^e année ont été plus nombreux que les filles à indiquer avoir suivi des cours d'éducation physique pendant chacun des 5 derniers jours; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (64,0 %* [40,4 %, 82,3 %] contre 45,6 % [36,0 %, 55,6 %]).</p> <p>Aucune différence quant à la participation à des cours d'activité physique n'a été observée entre les filles et les garçons de la 9^e à la 12^e année.</p>	<p>En 2009, les garçons de la 7^e et de la 8^e année ont été plus nombreux que les filles à indiquer n'avoir pratiqué aucune activité physique; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (20,5 %* [13,2 %, 30,4 %] contre 14,5 %* [10,1 %, 20,5 %]).</p> <p>Les filles de la 7^e et de la 8^e année ont été plus nombreuses que les garçons à indiquer avoir été actives lors des cours d'éducation physique pendant 1 à 4 des 5 derniers jours; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (53,6 % [41,5 %, 65,3 %] contre 36,4 %* [24,8 %, 50,0 %]).</p> <p>Aucune différence quant à la participation à des cours d'activité physique n'a été observée entre les filles et les garçons de la 9^e à la 12^e année.</p>
Situation socio-économique familiale	Aucune différence n'a été observée entre les élèves de situation socioéconomique élevée et ceux de situation socioéconomique faible.	Ces données ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité du père.	De même, aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité du père en 2009.
Scolarité de la mère	Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité de la mère.	De même, aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité de la mère en 2009.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant.	De même, aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant en 2009.
Langue parlée à la maison	Aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison.	De même, aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison en 2009.

	Éducation physique en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'éducation physique (2009 par rapport à 2011)
Indice de masse corporelle	Aucune différence n'a été observée en fonction de l'IMC.	De même, aucune différence n'a été observée en fonction de l'IMC en 2009.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 16 : Pourcentage d'élèves de la 7e à la 12e année qui ont été actifs lors de cours d'éducation physique pendant chacun des cinq derniers jours d'école en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2009 et 2011 – Surveillance des facteurs de risque en Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Activité physique globale chez les adultes

Le module d'activité physique du SSRFR est utilisé pour évaluer le niveau d'activité physique de personnes, ce qui comprend les activités pratiquées dans le cadre des loisirs, des travaux ménagers, du jardinage, du travail et des déplacements. Les questions utilisées ont été tirées de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ).⁵⁷ Ces questions portaient sur la durée et l'intensité des activités physiques pratiquées au cours des sept jours précédant l'enquête, et chacun des répondants se voyait attribuer une cote d'activité physique « élevée », « modérée » ou « faible ». Le **tableau 19** présente une description de chacune de ces catégories. Les adultes qui ont été classifiés dans la catégorie élevée de l'IPAQ sont ceux pour lesquels il est le plus probable qu'ils atteignent les *Directives canadiennes en matière d'activité physique*, qui consistent en 150 minutes ou plus par semaine d'APMV autodéclarées.

Tableau 19 : Description des niveaux d'activité physique selon l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

Catégorie de l'IPAQ	Effet sur la santé	Description du niveau d'activité physique	Description technique
Élevé	Bienfaits pour la santé	Activité équivalant à au moins une heure par jour d'activité d'intensité modérée ou supérieure OU à une demi-heure d'activité de forte intensité par jour au-delà des niveaux quotidiens de base.	Les gens ayant un niveau d'activité « élevé » font au moins 12 500 pas par jour ou l'équivalent en activités de moyenne ou de forte intensité. Activité répondant à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Activité de forte intensité au moins trois jours par semaine et accumulation d'au moins 1 500 minutes-MET par semaine; • Sept jours ou plus par semaine de marche et de toute activité d'intensité modérée à forte totalisant au moins 3 000 minutes-MET par semaine.

Catégorie de l'IPAQ	Effet sur la santé	Description du niveau d'activité physique	Description technique
Modéré	Risque de maladie chronique et d'obésité	Activité équivalant à une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée ou supérieure répartie sur la plupart des jours de la semaine pendant les loisirs et au travail (ancienne recommandation : une demi-heure d'activités pendant les loisirs).	<p>Les gens de la catégorie « modérément » actifs font un niveau minimal d'activité physique.</p> <p>Activité répondant à au moins un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trois jours ou plus d'activité de forte intensité pendant au moins 20 minutes par jour; • Cinq jours ou plus d'activité d'intensité modérée, de marche, ou les deux, pendant au moins 30 minutes par jour; • Cinq jours ou plus de toute combinaison de marche et d'activités d'intensité modérée ou forte pour totaliser un minimum de 600 minutes-MET par semaine.
Faible	Risque élevé de mort prématurée des suites d'une maladie cardiovasculaire	Aucune activité physique n'est signalée, ou l'activité signalée ne répond pas aux critères de la catégorie « modéré » ou « élevé ».	Les personnes peu actives ne satisfont pas aux critères des autres catégories.

Remarque : Le MET correspond au ratio d'énergie dépensée en kilocalories par kilogramme de poids corporel divisé par la dépense énergétique au repos en kilocalories/kg. Il s'agit d'une unité de taux métabolique au repos. Ainsi, deux MET équivalent à deux fois la quantité d'énergie dépensée au repos.

EN BREF...

- À Ottawa, les niveaux d'activité physique sont demeurés stables depuis 2003 : un peu plus de la moitié (51 %) des adultes (18 ans et plus) ont déclaré avoir eu un niveau élevé d'activité physique en 2011.
- La pratique d'activités physiques a diminué avec l'âge.
- Les adultes dont le revenu du ménage est élevé, qui possèdent un niveau de scolarité plus élevé et ceux dont la langue maternelle est l'anglais seulement ont été plus nombreux que les autres à déclarer avoir un niveau élevé d'activité physique.
- Certains éléments indiquent que les hommes et les adultes ayant un poids normal seraient plus nombreux à déclarer avoir un niveau élevé d'activité physique que les femmes et les adultes faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.

Tableau 20 : Niveaux d'activité physique chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2011

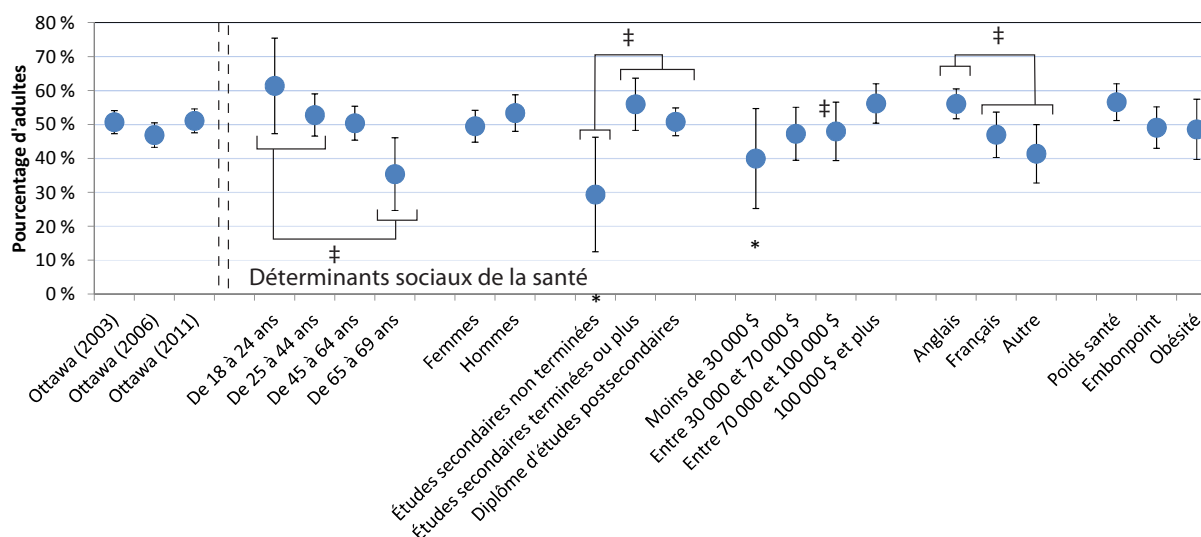
	Activité physique globale chez les adultes en 2011 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique (2003 à 2009)
Ottawa (total)	<p>Dans l'ensemble, 51,1 % (47,5 %, 54,6 %) des adultes d'Ottawa ont déclaré avoir un niveau élevé d'activité physique dans toutes les catégories d'activités.</p> <p>De plus, 31,3 % (28,0 %, 34,5 %) ont déclaré avoir un niveau modéré d'activité physique, et 17,7 % (14,9 %, 20,4 %) ont déclaré avoir un faible niveau d'activité physique.</p>	Aucune tendance marquée n'a été observée entre 2003 et 2009.
Déterminants sociaux de la santé		
Âge	<p>La proportion des adultes très actifs diminue avec l'âge : en effet, 61,7 % (47,9 %, 75,5 %) des 18-24 ans, 52,9 % (46,9 %, 59,0 %) des 25-44 ans, 50,5 % (45,5 %, 55,4 %) des 45-64 ans et 35,1 % (24,0 %, 46,1 %) des aînés ont déclaré avoir un niveau élevé d'activité physique.</p> <p>L'inactivité physique augmente avec l'âge : en effet, 18,7 %* (7,1 %, 30,4 %) des 18-24 ans, 14,6 % (10,4 %, 18,8 %) des 25-44 ans, 17,5 % (13,7 %, 21,3 %) des 45-64 ans et 30,6 %* (19,3 %, 41,9 %) des aînés ont dit être inactifs.</p>	Les chiffres selon l'âge sont comparables à ceux de 2003 et de 2009.
Sexe	<p>Certains éléments indiquent que les hommes sont plus actifs que les femmes. En effet, les hommes ont été plus nombreux à déclarer être très actifs (53,3 % [47,9 %, 58,8 %] contre 49,5 % [44,8 %, 54,2 %]), bien que les femmes aient été plus nombreuses à déclarer être modérément actives (32,9 % [28,5 %, 37,2 %] contre 28,9 % [24,0 %, 37,2 %]). Ces différences n'étaient toutefois pas statistiquement significatives.</p>	Entre 2003 et 2009, les hommes ont régulièrement déclaré faire plus d'activités physiques intensives que les femmes. Ces différences, bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives, peuvent être révélatrices quant aux niveaux d'activité physique en fonction du sexe.

	Activité physique globale chez les adultes en 2011 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique (2003 à 2009)
Scolarité	<p>Les niveaux d'activité physique augmentent avec le niveau de scolarité.</p> <p>Les adultes qui ont terminé l'école secondaire ou effectué des études postsecondaires (56 % [48,3 %, 63,7 %]) et ceux qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires (50,8 % [46,7 %, 54,9 %]) ont été plus nombreux à déclarer être très actifs que ceux qui n'ont pas terminé l'école secondaire (28,9 %* [11,5 %, 46,3 %]).</p> <p>Les adultes qui n'ont pas terminé l'école secondaire (28,8 %* [13,8 %, 43,7 %]) ont été plus nombreux à indiquer être peu actifs que ceux qui ont effectué des études postsecondaires (21,2 % [14,8 %, 27,6 %]) ou qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires (16,0 % [12,9 %, 19,1 %]). Ces différences n'étaient toutefois pas statistiquement significatives.</p>	<p>Les chiffres varient selon les niveaux de scolarité entre 2003 et 2009. Cependant, les adultes ayant un niveau de scolarité élevé ont été plus nombreux à indiquer être très actifs que ceux qui n'ont pas terminé l'école secondaire.</p>
Revenu du ménage	<p>Certains éléments montrent que les résidents qui se trouvent dans la catégorie de revenu supérieure (100 000 \$ et plus : 56,0 % [50,1 %, 62,0 %]) sont plus nombreux à être très actifs que ceux qui se trouvent dans les catégories de revenu inférieures (moins de 30 000 \$: 39,8 % [25,0 %, 54,7 %]). Cette différence n'étaient toutefois pas statistiquement significative. En outre, les résidents ayant un revenu élevé sont aussi plus nombreux à être très actifs que ceux qui se trouvent dans les catégories de revenu médianes (30 000 \$ à 70 000 \$: 47,3 % [39,5 %, 55,1 %]; 70 000 \$ à 100 000 \$: 48,1 % [39,6 %, 56,6 %]).</p> <p>Les résidents qui se trouvent dans la catégorie de revenu inférieure (32,1 %* [16,7 %, 47,5 %]) ont été plus nombreux à déclarer être peu actifs que ceux qui se trouvent dans les catégories de revenu supérieures (70 000 \$ à 100 000 \$: 21,5 % [14,2 %, 28,7 %]; 100 000 \$ et plus : 10,3 % [6,5 %, 14,1 %]).</p>	<p>Les chiffres selon le revenu sont comparables à ceux de 2003 et de 2009.</p>

	Activité physique globale chez les adultes en 2011 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique (2003 à 2009)
Langue maternelle	<p>Les adultes dont la langue maternelle est l'anglais (56,0 % [51,4 %, 60,5 %]) ont été plus nombreux à indiquer être très actifs que ceux dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français (40,4 % [30,7 %, 50,0 %]).</p> <p>Les adultes dont la langue maternelle est le français et ceux dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français sont les plus nombreux à avoir déclaré être peu actifs (français : 21,1 % [15,4 %, 26,7 %]; autre langue : 24,4 %* [16,2 %, 32,6 %]).</p>	<p>Les chiffres varient en fonction de la langue maternelle entre 2003 et 2009; cependant, dans l'ensemble, une tendance similaire a été observée pour la plupart de ces années.</p>
Indice de masse corporelle	<p>Certains éléments montrent que les adultes ayant un poids normal ont été plus nombreux que les adultes faisant de l'embonpoint à déclarer être très actifs (56,6 % [51,1 %, 62,0 %] contre 49,1 % [43,0 %, 55,2 %]). Certains éléments montrent aussi que les adultes ayant un poids normal ont également été plus nombreux à déclarer être très actifs que ceux souffrant d'obésité (48,3 % [39,1 %, 57,5 %]); ces différences n'étaient toutefois pas statistiquement significatives.</p>	<p>Une tendance similaire a été observée pour la plupart de ces années, sauf en 2003, en 2004 et en 2006, alors que les adultes ayant un poids normal et ceux faisant de l'embonpoint ont déclaré des niveaux semblables d'activité physique.</p>

*=Interpréter avec prudence - échantillon hétéroclite

Graphique 17 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui disent être très actifs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFF), 2003, 2006 et 2011.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole † indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Activité physique globale chez les adultes pendant leurs loisirs

Dans le cadre de l'ESCC, le degré d'activité physique des répondants pendant leurs loisirs a été évalué par des questions sur leur participation à différents types d'activités de loisir au cours des trois mois précédents.

L'indice d'activité physique classe les personnes en fonction de la somme de leur dépense énergétique quotidienne pendant leurs loisirs (mesurée en kcal/kg/jour). Voici les différentes catégories de personnes :

- 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active;
- de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active;
- moins de 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

EN BREF...

- À Ottawa, environ 291 500 adultes (42 %) (18 ans et plus) ont été **inactifs** pendant leurs loisirs en 2009-2010. Au cours de cette période, seuls 30 % des adultes ont été **actifs** pendant leurs loisirs et ont respecté les recommandations canadiennes en matière d'activité physique.
- Depuis 2003, les adultes résidant à Ottawa ont été plus actifs que ceux du reste de l'Ontario pendant leurs loisirs.
- Traditionnellement, les hommes déclarent des niveaux d'activité supérieurs aux femmes pendant leurs loisirs; cet écart entre les sexes s'est toutefois réduit.
- Le taux d'inactivité pendant les loisirs augmente avec l'âge.
- Certains éléments indiquent que les adultes ayant un niveau d'éducation plus bas rapporteraient être moins actifs pendant leurs loisirs. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Les adultes qui se trouvent dans la catégorie de revenu supérieure déclarent les niveaux d'inactivité les plus faibles pendant leurs loisirs.
- Certains éléments indiquent que les immigrants seraient moins actifs que les non-immigrants pendant leurs loisirs.
- La tendance quant à la pratique d'activité physique pendant les loisirs semble représenter une forme en U en fonction de la catégorie d'indice de masse corporelle : les résultats indiquent que les adultes ayant un poids insuffisant et ceux qui souffrent d'obésité sont moins actifs que les autres pendant leurs loisirs.
- Aucune différence significative n'a été observée en fonction de la scolarité ou du milieu de résidence (urbain/rural) pour la pratique d'activité physique des adultes pendant leurs périodes de loisirs.
- Le loisir le plus populaire est la marche. En effet, le tiers des adultes ont indiqué qu'ils marchent régulièrement, en moyenne 17 fois par mois.

Tableau 21 : Taux d'activité physique chez les adultes (18 ans et plus) pendant leurs loisirs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2009-2010

	Activité physique pendant les loisirs en 2009-2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique pendant les loisirs (de 2003 à 2007-2008)
Échantillon total	En 2009-2010, 29,5 % (26,1 %, 32,8 %) des adultes d'Ottawa, soit environ 206 300 personnes, ont été très actifs pendant leurs loisirs, tandis que 27,5 % (24,1 %, 30,9 %) ont été modérément actifs, et 41,7 % (37,9 %, 45,3 %) ont été inactifs .	Des niveaux semblables d'activité physique pendant les loisirs ont été observés chez les adultes résidant à Ottawa entre 2003 et 2007-2008.
Reste de l'Ontario	Les adultes résidant à Ottawa sont plus nombreux à être très actifs et modérément actifs dans leurs loisirs et moins nombreux à être inactifs que ceux du reste de la province. En effet, dans le reste de l'Ontario, 24,3 % (23,5 %, 25,1 %) des adultes ont dit être très actifs, 23,1 % (22,3 %, 23,9 %) ont dit être modérément actifs et 50,8 % (49,8 %, 51,7 %) ont dit être inactifs pendant leurs loisirs.	Des différences semblables ont été observées entre 2003 et 2007-2008.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	En 2009-2010, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes ont déclaré être très actifs pendant leurs loisirs (31,2 % [26,1 %, 36,4 %] contre 27,8 % [23,6 %, 32,0 %]). Cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.	Entre 2003 et 2008, les hommes ont également déclaré avoir des niveaux d'activité supérieurs; cependant, l'écart entre les sexes s'est réduit au cours de cette période en raison d'une augmentation de la proportion de femmes ayant déclaré être très actives pendant leurs loisirs.

	Activité physique pendant les loisirs en 2009-2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique pendant les loisirs (de 2003 à 2007-2008)
Âge	<p>Les niveaux élevés d'activité physique pendant les loisirs diminuent avec l'âge. En effet, les adolescents de 12 à 19 ans ont déclaré les niveaux d'activité les plus élevés, soit 47,1 % (37,4 %, 56,8 %), par rapport à 31,9 % (27,4 %, 36,4 %) des adultes de 20 à 44 ans, 26,5 % (20,6 %, 32,4 %) des adultes de 45 à 64 ans et 18,8 % (13,9 %, 23,7 %) des aînés.</p> <p>Le taux d'inactivité pendant les loisirs augmente avec l'âge. En effet, 28,3 % (20,7 %, 36,0 %) des adolescents de 12 à 19 ans, 37,7 % (32,9 %, 42,4 %) des adultes de 20 à 44 ans, 45,2 % (38,1 %, 52,3 %) des adultes de 45 à 64 ans et 50,1 % (42,8 %, 57,4 %) des aînés ont dit être inactifs pendant leurs loisirs.</p>	<p>Les chiffres selon l'âge sont comparables à ceux observés entre 2003 et 2007-2008.</p>

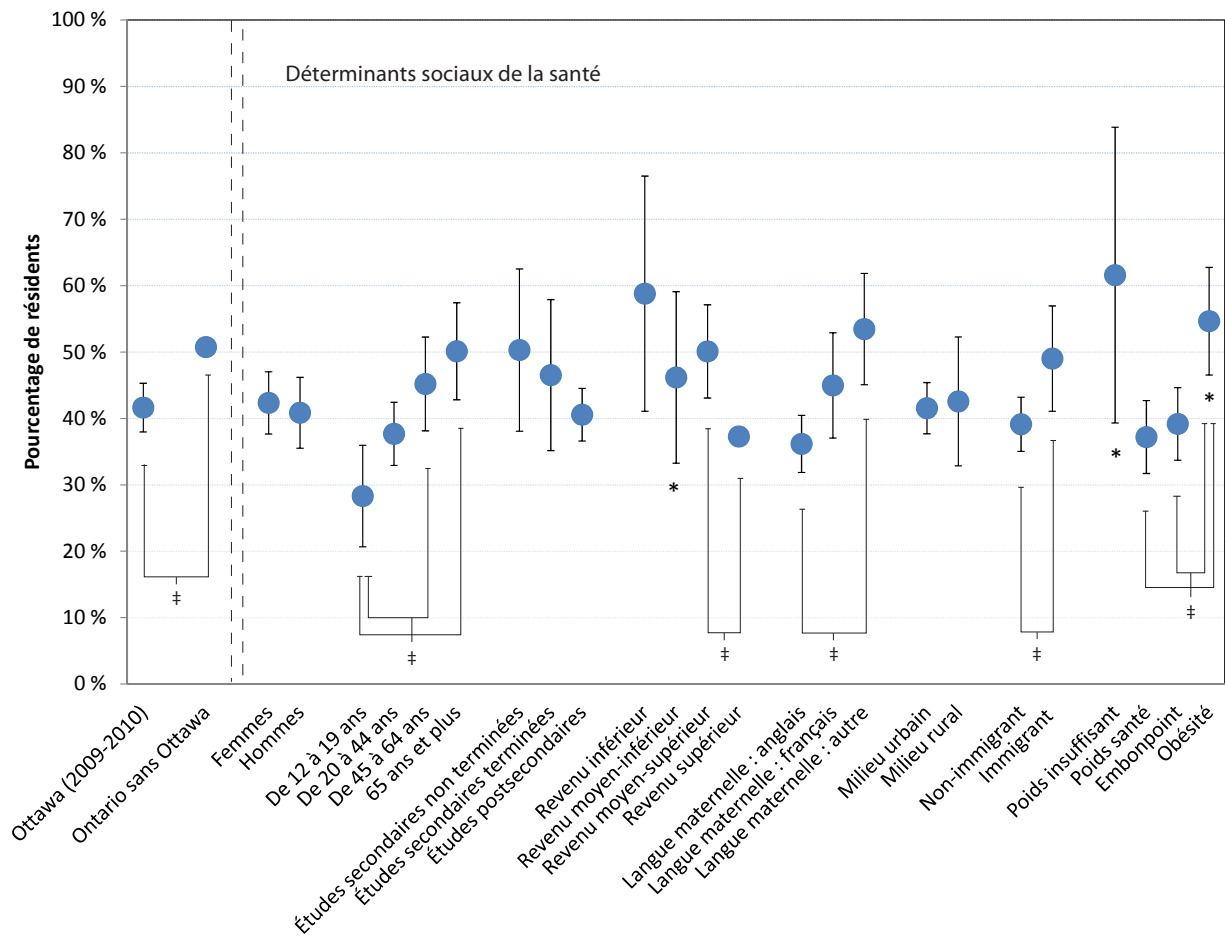
	Activité physique pendant les loisirs en 2009-2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique pendant les loisirs (de 2003 à 2007-2008)
Scolarité	Aucune différence apparente n'a été observée selon le niveau de scolarité.	<p>Au cours des années précédentes, certains éléments indiquaient qu'il y avait des différences quant aux niveaux d'activité physique pratiquée pendant les loisirs en fonction du niveau de scolarité.</p> <p>En 2003, les adultes qui n'avaient pas terminé l'école secondaire étaient les plus nombreux à déclarer être inactifs pendant leurs loisirs (54,5 % [45,1 %, 63,9 %]), et ce taux diminuait à mesure que la scolarité augmentait (terminé l'école secondaire : 48,3 % [42,1 %, 54,6 %]; (études postsecondaires : 43,3 % [39,3 %, 47,3 %]). Ces chiffres sont plus ou moins significatifs sur le plan statistique.</p> <p>En 2005, les adultes qui avaient effectué des études postsecondaires étaient moins nombreux à être inactifs pendant leurs loisirs (39,1 % [35,6 %, 42,7 %]), et ceux qui avaient une scolarité moins élevée (terminé l'école secondaire ou moins) étaient moins nombreux à être très actifs pendant leurs loisirs (pas terminé l'école secondaire : 17,0 % [9,2 %, 24,7 %]; terminé l'école secondaire : 22,7 % [15,6 %, 29,9 %]; (études postsecondaires : 31,1 % [27,9 %, 37,2 %]).</p> <p>Aucune tendance marquée n'a été observée en 2007-2008.</p>

	Activité physique pendant les loisirs en 2009-2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique pendant les loisirs (de 2003 à 2007-2008)
Revenu du ménage	Les adultes qui se trouvent dans la catégorie supérieure de revenu sont plus nombreux à être très actifs (31,2 % [26,7 %, 35,7 %]) et moins nombreux à être inactifs pendant leurs loisirs (37,3 % [32,4 %, 42,3 %]).	Cette tendance s'est dégagée au cours des années précédentes. En 2007-2008 et en 2005, les adultes qui se trouvaient dans la catégorie supérieure de revenu étaient moins nombreux à être inactifs pendant leurs loisirs. Certains éléments indiquent que les adultes de ménages dont le revenu est sous le SFR étaient moins actifs que ceux ayant des revenus plus élevés.
Milieu urbain/rural	Aucune différence n'a été observée entre les adultes résidant en milieu urbain et ceux en milieu rural.	Aucune différence n'a été observée entre les adultes résidant en milieu urbain et ceux en milieu rural entre 2003 et 2007-2008.
Langue maternelle	Les adultes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français ont plus souvent déclaré être inactifs pendant leurs loisirs (53,5 % [45,1 %, 61,8 %]), tandis que ceux dont la langue maternelle est l'anglais étaient moins nombreux à être inactifs (36,2 % [31,9 %, 40,5 %]). Les adultes dont la langue maternelle est le français étaient plus nombreux à être très actifs pendant leurs loisirs (35,5 % [28,2 %, 42,8 %]).	Cette différence n'a pas été observée en 2007-2008. En 2005, la tendance semblait être inversée. Les adultes dont la langue maternelle est l'anglais avaient plus tendance à être actif physiquement durant leurs loisirs (31,6 % [28,2 %, 34,9 %]) que ceux dont la langue maternelle est le français (26,1 % [20,4 %, 31,8 %]). Cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.
Statut d'immigrant	Les immigrants étaient plus nombreux à être inactifs (39,1 % [35,1 %, 43,2 %]) pendant leurs loisirs que les non-immigrants (49,0 % [41,1 %, 56,9 %]).	De même, entre 2005 et 2007-2008, les immigrants étaient plus nombreux à être inactifs pendant leurs loisirs que les non-immigrants.

	Activité physique pendant les loisirs en 2009-2010 (18 ans et plus)	Tendances en matière d'activité physique pendant les loisirs (de 2003 à 2007-2008)
Indice de masse corporelle	<p>La tendance dans la pratique d'activité physique pendant les loisirs en fonction de l'indice de masse corporelle semble être en U.</p> <p>Les adultes qui souffrent d'obésité (54,7 % [46,6 %, 62,8 %]) étaient plus nombreux que ceux ayant un poids normal (37,2 % [31,7 %, 42,7 %]) ou faisant de l'embonpoint (39,2 % [33,7 %, 44,7 %]) à être inactifs pendant leurs loisirs, et certains éléments indiquent que les adultes ayant un poids insuffisant étaient également inactifs pendant leurs loisirs (61,6 %* [39,3 %, 83,9 %]).</p>	<p>Cette tendance en U s'est dégagée au cours des années précédentes. Plus d'adultes souffrant d'obésité et ayant un poids insuffisant ont dit être inactifs pendant leurs loisirs (ces chiffres ne sont pas statistiquement significatifs en 2003, mais le sont en 2005; la tendance chez les adultes ayant un poids insuffisant n'était pas significative en 2007-2008).</p>

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite.

Graphique 18 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui sont inactifs pendant leurs loisirs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2009-2010



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada. * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole # indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Type et fréquence des activités physiques pratiquées pendant les loisirs

En 2009-2010, le loisir le plus populaire à Ottawa était la marche. Les autres loisirs populaires comprenaient le jardinage, l'exercice à domicile, la natation, le jogging, l'entraînement aux poids, la danse et les cours d'exercice ou la danse aérobique ([tableau 22](#)).

La marche était l'activité de loisir la plus commune. Les adultes qui pratiquaient cette activité pendant leurs loisirs marchaient en moyenne 17 fois par mois. En outre, le tiers des adultes ont dit pratiquer la marche de façon régulière (quatre fois ou plus par semaine pendant leurs loisirs).

Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à déclarer pratiquer la marche ou la danse, suivre des cours d'exercice ou faire de la danse aérobique pendant leurs loisirs. Les hommes ont été plus nombreux à indiquer pratiquer le jardinage ou l'aménagement paysager, la bicyclette, le golf, le patin à glace, le soccer, la pêche, le hockey, le basketball et le tennis pendant leurs loisirs.

Dans l'ensemble, les adolescents de 12 à 19 ans ont été plus nombreux que les adultes et les aînés à indiquer pratiquer la plupart des activités de loisir à l'exception de la marche et du golf; aucune différence quant à la participation en fonction de l'âge n'a été observée pour ces deux activités.

Les adultes dont le revenu du ménage est au-dessus du seuil de faible revenu (SFR) ont été plus nombreux que ceux ayant un revenu supérieur à déclarer pratiquer la marche, le jardinage ou l'aménagement paysager, l'exercice à domicile ou l'entraînement aux poids, suivre des cours d'exercice ou pratiquer la danse aérobique dans leurs loisirs. Aucune différence significative n'a toutefois été observée quant au nombre moyen de fois par mois où ces activités étaient pratiquées par les adultes dont le revenu du ménage est sous le SFR et ceux dont le revenu est au-dessus du SFR et qui ont participé aux activités identifiées, à l'exception de la marche (sous le SFR : 22,5 fois par mois; au-dessus du SFR : 15,8 fois par mois) et du soccer (sous le SFR : 1,7 fois par mois; au-dessus du SFR : 4 fois par mois).

Il est important de souligner que ces données ont été recueillies sur une période d'un an, et que les activités pratiquées et la fréquence variaient probablement en fonction des saisons.

Tableau 22 : Pourcentage d'adultes pratiquant certaines activités physiques pendant leurs loisirs et fréquence mensuelle de la pratique de ces activités, ville d'Ottawa, 2009-2010

	Adultes (18 ans et +)		Hommes (18 ans et +)		Femmes (18 ans et +)		Sous le SFR (18 ans et +)		Au-dessus du SFR (18 ans et +)		12 à 19 ans (1)		20 à 64 ans (2)		65 ans et + (3)		Différences entre les groupes d'âge
	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 derniers mois (% IC ± 95 %)	N ^o e mensuel moyen, 3 derniers mois	
Marche pour faire de l'exercice	74,6 ± 3,0	17,3	71,5 ± 4,8	16,8	77,5 ± 3,6†	17,7	66,6 ± 8,7	22,5	77,7 ± 3,3†	15,8†	65,0 ± 9,0	16,6	75,1 ± 3,6	17,0	74,1 ± 5,7	19,3	
Jardinage / aménagement paysager	45,9 ± 3,8	6,0	51,6 ± 5,4	5,5	40,7 ± 4,9†	6,6	19,5* ± 8,1	9,0	52,5 ± 4,5†	5,6	32,9 ± 7,8	4,0	47,9 ± 4,3	5,6	39,4 ± 6,7	9,3	(1,2)
Exercices à domicile	38,2 ± 3,5	11,9	36,0 ± 5,2	11,8	40,3 ± 4,5	12,0	28,0* ± 9,2	12,7	39,7 ± 4,1†	11,5	51,8 ± 9,2	12,6	38,8 ± 4,0	11,1	30,6 ± 5,7	16,7	(1,2)
Marche régulière (au moins 4 fois par semaine)	33,1 ± 3,1	S.0.	30,0 ± 4,6	S.0.	35,9 ± 4,1	S.0.	35,1 ± 10,2	S.0.	32,7 ± 3,6	S.0.	29,2* ± 10,3	S.0.	32,0 ± 3,5	S.0.	39,5 ± 7,1	S.0.	(1,2)(1,3)
Natation	25,6 ± 3,1	4,5	25,0 ± 4,4	4,5	26,1 ± 4,2	4,5	20,9* ± 8,7	6,0	27,5 ± 3,8	3,9	47,0 ± 8,7	4,8	26,5 ± 3,6	4,2	16,7* ± 5,9	6,9	(1,2)(1,3)(2,3)
Jogging ou course	25,6 ± 2,9	7,7	27,6 ± 4,5	7,2	23,7 ± 3,7	8,3	17,9* ± 8,0	9,2	26,7 ± 3,6	7,7	59,0 ± 9,9	7,9	27,9 ± 3,5	7,4	D.N.P.	12,9	(1,2)(1,3)(2,3)
Bicyclette	25,4 ± 3,7	7,0	29,7 ± 4,9	7,8	21,4 ± 4,6†	6,0	21,4* ± 8,0	14,5	26,5 ± 4,2	5,5	49,1 ± 10,8	9,3	27,0 ± 3,9	6,5	8,7* ± 4,4	6,5	(1,2)(1,3)(2,3)
Entraînement aux poids	25,4 ± 3,2	8,7	28,1 ± 5,1	9,1	22,9 ± 4,0	8,2	17,1* ± 7,6	9,8	28,1 ± 3,8†	8,3	29,8 ± 7,4	11,7	28,2 ± 3,8	8,3	5,3* ± 2,6	10,5	(1,2)(1,3)(2,3)
Danse populaire ou sociale	17,0 ± 2,5	2,5	10,4 ± 3,2	2,9	23,0 ± 3,7†	2,3	15,9* ± 7,8	3,4	15,6 ± 2,7	2,1	34,7 ± 10,3	2,9	17,2 ± 2,8	2,4	8,1* ± 4,9	3,6	(1,2)(1,3)(2,3)
Cours d'exercice ou danse aérobique	15,4 ± 2,2	7,4	8,2 ± 2,4	7,5	22,1 ± 3,6†	7,4	8,2* ± 4,2	8,3	17,9 ± 2,9†	7,2	17,3* ± 5,8	9,5	16,4 ± 2,5	7,4	9,8 ± 3,1	9,0	(1,3) (2,3)
Golf	12,2 ± 2,6	2,9	17,1 ± 4,4	3,0	7,6* ± 2,7†	2,6	D.N.P.	D.N.P.	14,8 ± 3,1	2,8	10,9* ± 5,7	2,2	12,7 ± 3,1	2,6	9,4* ± 4,0	5,8	
Patin à glace	10,0 ± 2,2	1,7	13,1 ± 3,6	1,9	7,1 ± 2,1†	1,4	D.N.P.	D.N.P.	9,8 ± 2,2	1,7	22,1* ± 7,6	2,2	11,4 ± 2,6	1,8	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)(1,3)(2,3)
Soccer	8,6 ± 1,7	4,7	11,7 ± 3,0	5,0	5,7* ± 2,1†	4,3	11,2* ± 7,0	1,7	6,4 ± 1,7	4,0†	47,0 ± 10,2	5,3	8,1 ± 1,9	4,0	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)

	Adultes (18 ans et +)		Hommes (18 ans et +)		Femmes (18 ans et +)		Sous le SFR (18 ans et +)		Au-dessus du SFR (18 ans et +)		12 à 19 ans (1)		20 à 64 ans (2)		65 ans et + (3)		Différences entre les groupes d'âge
	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	Au moins une fois, 3 der- niers mois (% IC ± 95 %)	N ^{bre} mensuel moyen, 3 derniers mois	
Pêche	8,0±2,1	1,6	12,5±3,7	1,6	3,8*±2,1†	1,4	D.N.P.	D.N.P.	7,8±2,4	1,8	11,7*±6,6	1,4	8,4±2,3	1,7	D.N.P.	D.N.P.	
Hockey	7,7±1,9	5,3	14,0±3,8	5,7	1,8*±1,1†	2,1†	D.N.P.	D.N.P.	7,5±2,0	5,0	14,3*±5,4	9,6	9,1±2,2	5,4	D.N.P.	D.N.P.	
Quilles	6,7±1,5	1,1	6,8*±2,3	1,2	6,7*±1,9	0,9	D.N.P.	D.N.P.	6,9±1,8	1,1	21,2*±6,9	0,7	6,9±1,7	1,0	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)
Ski alpin ou planche à neige	5,9±1,5	1,4	6,8*±2,4	1,3	5,1*±1,9	1,5	D.N.P.	D.N.P.	6,7±1,8	1,2	16,4*±6,6	1,0	6,8±1,8	1,4	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)
Basketball	5,5*±1,9	2,8	7,2*±2,9	2,9	3,9*±2,0†	2,6	D.N.P.	D.N.P.	4,7*±1,8	2,3	37,9±10,3	3,6	5,1*±2,0	2,8	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)
Volley-ball	5,1±1,6	2,4	5,6*±2,4	3,0	4,6*±1,9	1,8	D.N.P.	D.N.P.	4,2±1,3	2,0	29,8±8,8	3,0	4,9*±1,6	2,6	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)
Tennis	4,0±1,2	3,6	5,2*±2,2	3,4	2,9*±1,1†	3,9	D.N.P.	D.N.P.	4,1±1,3	3,0	10,7*±4,4	2,4	4,0*±1,3	3,0	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)
Patin à roues alignées	4,0*±1,4	4,4	3,7*±1,7	5,6	4,2*±2,0	3,4	D.N.P.	D.N.P.	3,7*±1,3	1,8	D.N.P.	D.N.P.	3,6±1,1	4,2	D.N.P.	D.N.P.	
Baseball ou balle molle	3,6*±1,4	2,5	4,4*±2,1	2,4	2,9*±1,7	2,5	D.N.P.	D.N.P.	3,4*±1,2	1,0	14,0*±7,0	1,7	3,5*±1,4	2,6	D.N.P.	D.N.P.	(1,2)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. D.N.P. : données non publiables. S.O. : ne s'applique pas. Le symbole † indique une différence significative par rapport à la catégorie de référence (catégories de référence : hommes sous le SFR). SFR : seuil de faible revenu.

Déplacements en véhicules et transport actif chez les adolescents

Les adolescents qui utilisent des modes de transport actifs pour se rendre à l'école sont généralement plus actifs que ceux qui utilisent des véhicules.⁵⁸ Dans le cadre du SCDSEO de 2011 (la question n'était pas posée en 2009), on a demandé aux élèves de la 7^e à la 12^e année de quelle façon ils se déplaçaient généralement entre la maison et l'école. Les moyens de transport étaient divisés en trois catégories : 1) transport en véhicule (élèves qui ont indiqué se déplacer en voiture, en autobus scolaire, en autobus de transport en commun, en métro ou en tramway); 2) transport actif (élèves qui ont indiqué se déplacer à pied ou à bicyclette) et 3) autres (élèves qui ont indiqué utiliser un autre moyen de transport).

EN BREF...

- Très peu des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont indiqué utiliser un mode de transport actif pour se rendre à l'école (20 %) et retourner à la maison (28 %).
- Les garçons et les élèves qui ne parlaient qu'anglais à la maison ont été les plus nombreux à déclarer utiliser des modes de transport actifs.
- Aucune différence significative quant au mode de transport n'a été observée selon l'année, la situation socioéconomique familiale, le niveau scolaire des parents, le statut d'immigrant ou la catégorie d'IMC.

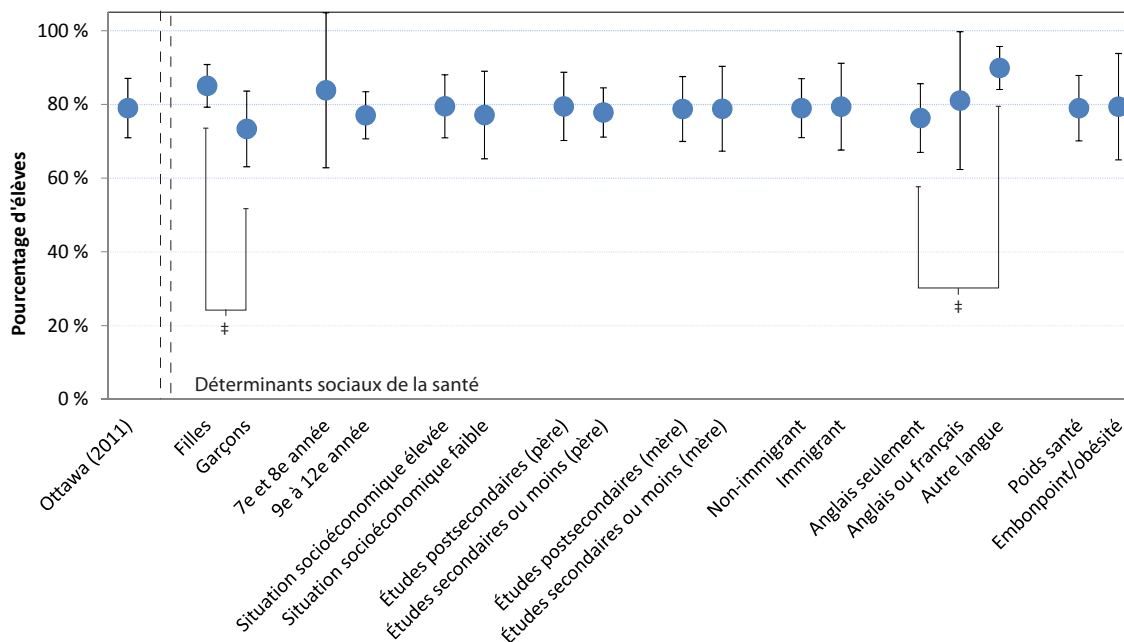
Tableau 23 : Taux de déplacements en véhicules et de transport actif chez les élèves (7^e à 12^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011

	Transport vers l'école en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Transport vers la maison en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)
Élèves d'Ottawa	<p>La majorité (79,0 % [71,0 %, 85,3 %]) des élèves d'Ottawa disent utiliser des véhicules motorisés pour se rendre à l'école.</p> <p>Seuls 20,4 %* (14,3 %, 28,3 %) des élèves disent utiliser des modes de transport actifs pour se rendre à l'école.</p>	<p>La majorité (71,2 % [61,4 %, 79,3 %]) des élèves d'Ottawa disent utiliser des véhicules motorisés pour rentrer à la maison.</p> <p>Moins d'élèves disent utiliser des modes de transport actifs pour rentrer à la maison (28,2 % [20,2 %, 37,9 %]).</p>
Déterminants sociaux de la santé		
Sexe	<p>Les filles ont été plus nombreuses que les garçons à affirmer se rendre à l'école en véhicule motorisé (85,1 % [79,3 %, 89,4 %] contre 73,4 % [63,1 %, 81,6 %]).</p> <p>L'inverse est aussi vrai : les garçons ont été plus nombreux que les filles à affirmer utiliser des modes de transport actifs pour se rendre à l'école (25,6 %* [17,5 %, 35,8 %] contre 14,9 %* [10,5 %, 20,7 %]).</p>	<p>Les filles ont été plus nombreuses que les garçons à affirmer rentrer à la maison en véhicule motorisé (77,6 % [68,5 %, 84,6 %] contre 65,2 % [54,2 %, 74,8 %]).</p> <p>L'inverse est aussi vrai : les garçons ont été plus nombreux que les filles à affirmer utiliser des modes de transport actifs pour rentrer à la maison (33,7 % [24,4 %, 44,6 %] contre 22,4 %* [15,3 %, 31,5 %]).</p>
Années	Aucune différence n'a été observée entre les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année et ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année.	De la même façon, aucune différence n'a été observée entre les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année et ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année.
Situation socioéconomique familiale	Aucune différence n'a été observée entre les élèves de situation socioéconomique élevée et ceux de situation socioéconomique faible.	De la même façon, aucune différence n'a été observée entre les élèves de situation socioéconomique élevée et ceux de situation socioéconomique faible.
Scolarité du père	Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité du père.	De la même façon, aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité du père.
Scolarité de la mère	Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité de la mère.	De la même façon, aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité de la mère.

	Transport vers l'école en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Transport vers la maison en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant.	A De la même façon, aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant.
Langue parlée à la maison	<p>Les élèves qui disent parler une langue autre que l'anglais ou le français à la maison ont été plus nombreux à indiquer utiliser des véhicules motorisés que ceux qui disent ne parler qu'anglais à la maison (89,9 % [84,1 %, 93,8 %] contre 76,3 % [67,0 %, 83,7 %]).</p> <p>L'inverse est aussi vrai : les élèves qui disent ne parler qu'anglais à la maison ont été plus nombreux à indiquer utiliser des modes de transport actifs pour se rendre à l'école que ceux qui parlent une langue autre que l'anglais ou le français à la maison (23,2 %* [16,1 %, 32,4 %] contre 8,9 %* [5,3 %, 14,7 %]).</p>	Comparativement aux élèves qui ont indiqué parler une langue autre que l'anglais ou le français, certains éléments indiquent que ceux qui ont indiqué ne parler qu'anglais à la maison ont été plus nombreux à déclarer utiliser des modes de transport actifs pour se rendre à l'école; toutefois, vu la taille de l'échantillon, cette différence n'était pas statistiquement significative (30,5 %* [21,1 %, 41,8 %] contre 18,8 %* [12,9 %, 26,6 %]).
Indice de masse corporelle	Aucune différence n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.	De la même façon, aucune différence n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.

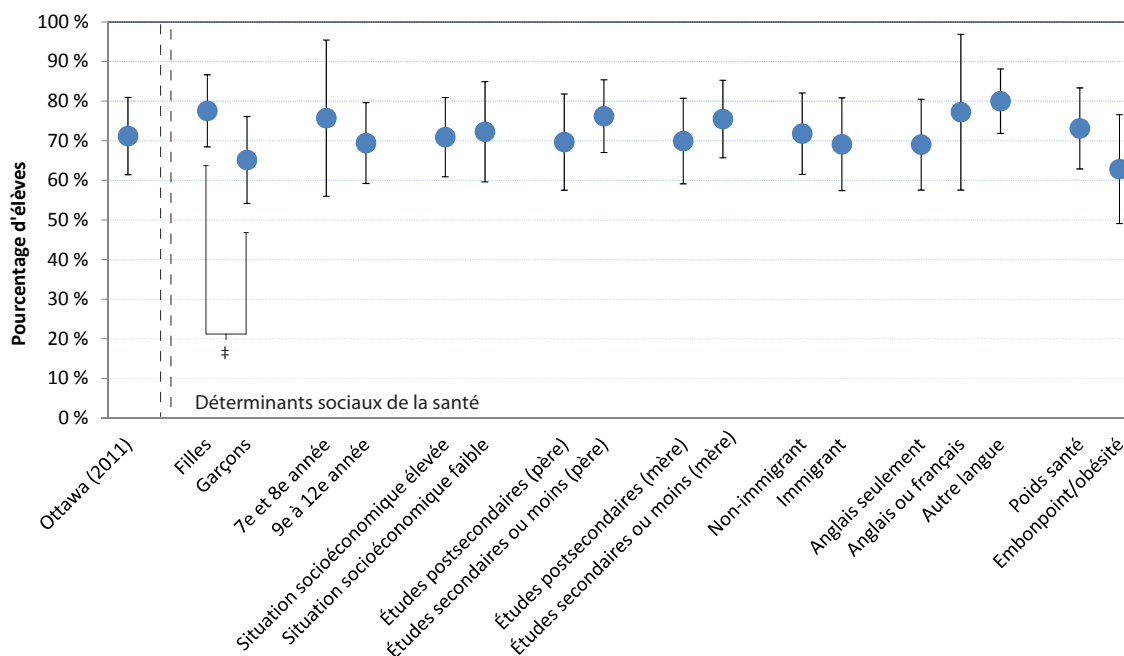
*= Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 19 : Pourcentage d'élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont indiqué habituellement se rendre à l'école en véhicule en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2011 – *Surveillance des facteurs de risque en Ontario*, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Graphique 20 : Pourcentage d'élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont indiqué habituellement rentrer à la maison en véhicule en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2011 – *Surveillance des facteurs de risque en Ontario*, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Principal mode de transport utilisé pour se rendre au travail

Le transport actif s'entend des modes de transport à propulsion humaine comme la marche, la bicyclette, le patin à roues alignées et la planche à roulettes.⁵⁹ Dans le cadre du recensement du Canada, on recueille des renseignements sur le principal mode de transport utilisé par les résidents de 15 ans et plus pour se rendre au travail.

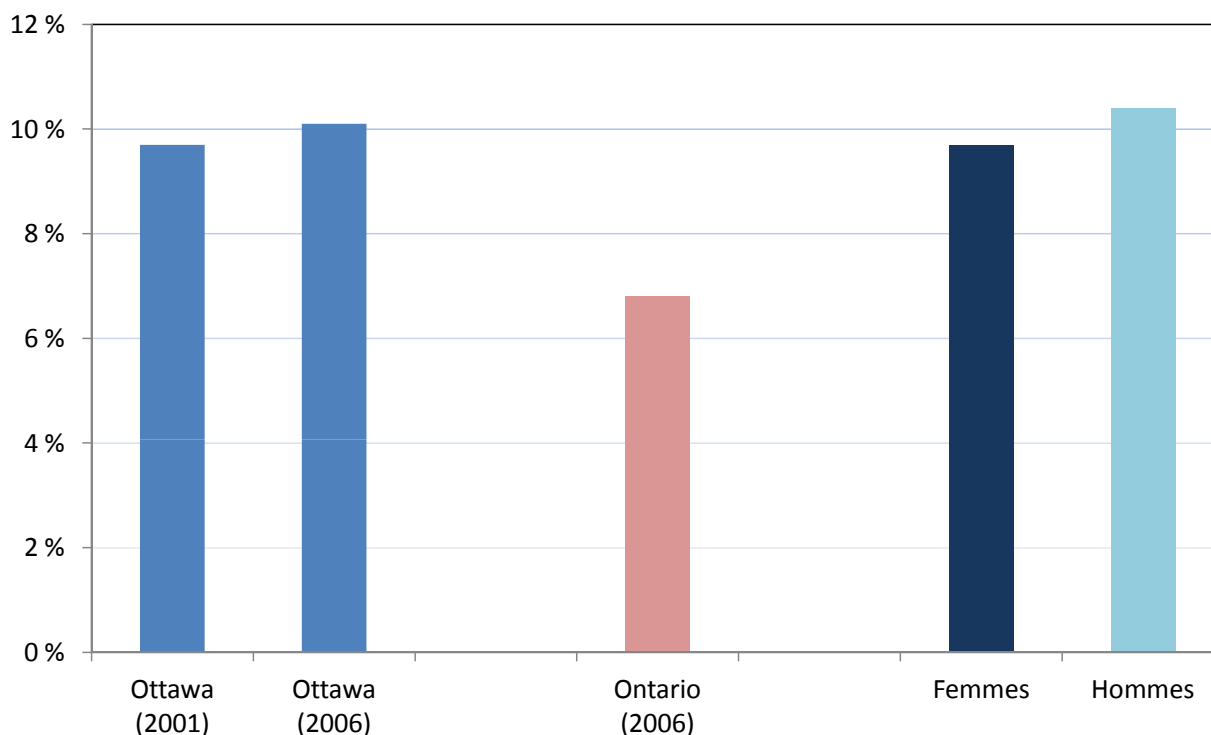
Tableau 24 : Principal mode de transport utilisé pour se rendre au travail par les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2001 à 2006

	Principal mode de transport utilisé pour se rendre au travail en 2006 (15 ans et plus)	Tendances en matière de mode de transport principal utilisé pour se rendre au travail (2001)
Ottawa (total)	Parmi les travailleurs (de 15 ans et plus) d'Ottawa, 10,1 % ont indiqué que leur principal mode de transport était la marche ou la bicyclette.	En 2001, une proportion semblable des travailleurs adultes d'Ottawa ont indiqué que leur principal mode de transport était la marche ou la bicyclette (9,7 %).
Ontario	Comparativement aux résidents de l'ensemble de l'Ontario, une proportion plus élevée de résidents d'Ottawa ont indiqué que leur principal mode de transport était la marche ou la bicyclette (10,1 % contre 6,8 %).	Une tendance semblable a été observée en 2001. En effet, les résidents d'Ottawa ont été plus nombreux à indiquer la marche ou la bicyclette comme principal mode de transport que les résidents du reste de l'Ontario (9,7 % contre 6,6 %).
Sexe	Les hommes ont été un plus nombreux que les femmes à indiquer la marche ou la bicyclette comme principal mode de transport (10,4 % contre 9,7 %). Cette différence est statistiquement significative.	L'inverse a été observé en 2001, alors que les femmes étaient un peu plus nombreuses que les hommes à indiquer la marche ou la bicyclette comme principal mode de transport (9,9 % contre 9,5 %).

Source : Recensement du Canada, 2001 et 2006.

Remarque : Le comparateur provincial comprend la population d'Ottawa (c.-à-d. Ontario). Il diffère du comparateur provincial utilisé ailleurs dans le présent rapport (c.-à-d. Ontario sans Ottawa).

Graphique 21 : Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) ayant indiqué que leur principal mode de transport est la marche ou la bicyclette, 2001 et 2006



Source : Recensement du Canada, 2001 et 2006.

Remarque : Le comparateur provincial comprend la population d'Ottawa (c.-à-d. Ontario). Il diffère du comparateur provincial utilisé ailleurs dans le présent rapport (c.-à-d. Ontario sans Ottawa).

Temps passé par les adolescents devant un écran

Un examen systématique de la relation entre le comportement sédentaire et les indicateurs de santé chez les enfants et les adolescents réalisé dernièrement a permis de constater que l'écoute accrue de la télévision (plus de deux heures par jour) était associée à des « mesures défavorables de la composition corporelle, ainsi qu'à une diminution de la condition physique, de l'estime de soi, du comportement social et du rendement scolaire ». ⁶⁰ Le comportement sédentaire, distinct du manque d'activité physique modérée ou vigoureuse (c.-à-d. ne pas respecter certaines directives en matière d'activité physique), se définit comme tout comportement éveillé caractérisé par une dépense énergétique de 1,5 MET ou moins en position assise ou couchée. ⁶¹ Les comportements sédentaires, comme le fait de regarder la télévision, ne remplacent pas toutes les activités physiques : par exemple, selon certaines recherches, les comportements sédentaires pourraient remplacer des activités physiques de faible intensité comme la marche et le jeu, plutôt que des activités vigoureuses comme la course et les sports. ⁶² Dans le cadre du SCDSEO de 2009 et de 2011, on a demandé aux élèves (7^e à 12^e année) combien de temps, au cours des sept derniers

jours, ils avaient passé en moyenne, chaque jour, à regarder la télévision ou des films, à jouer à des jeux vidéo, à clavarder, à consulter ou écrire des courriels ou à naviguer sur Internet. Le temps passé devant un écran a été classé suivant les *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire* : les élèves qui respectent les directives (deux heures par jour ou moins), ceux qui dépassent les directives (plus de deux heures par jour) et ceux qui ne sont pas certains du temps qu'ils passent devant un écran.

EN BREF...

- Trois élèves sur cinq (59 %) de la 7^e à la 12^e année dépassaient les Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire actuelles (plus de 2 heures par jour). Seuls 37 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont indiqué respecter ces directives et passer deux heures ou moins devant un écran chaque jour.
- Certains éléments indiquent que les élèves de la 9^e à la 12^e année seraient plus nombreux à dépasser les directives (plus de 2 heures par jour) que ceux de 7^e et de 8^e année.
- Les élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont indiqué parler une langue autre que l'anglais ou le français à la maison ont été plus nombreux à déclarer passer au moins trois heures devant un écran chaque jour que ceux qui parlaient seulement anglais ou l'anglais et le français à la maison.
- Les élèves qui étaient plus actifs ont également indiqué respecter les directives en matière de temps passé devant un écran, qui sont de deux heures ou moins par jour.
- Certains éléments indiquent que les filles dont la mère a une éducation postsecondaire seraient plus nombreuses à déclarer passer deux heures ou plus devant un écran que les garçons et les autres filles dont la mère a, au plus, un diplôme secondaire. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée concernant le temps passé devant un écran en fonction de la situation socioéconomique de la famille, de la scolarité des parents, du statut d'immigrant ou de la catégorie d'IMC.

Tableau 25 : Taux du temps passé devant un écran chez les élèves (7^e à 12^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

	Temps passé devant un écran en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de temps passé devant un écran (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	<p>La majorité (58,8 % [53,2 %, 64,1 %]) des élèves d'Ottawa ont indiqué dépasser les directives canadiennes actuelles en matière de comportement sédentaire et passer de 2 heures devant un écran chaque jour.</p> <p>Moins de la moitié (36,6 % [31,9 %, 41,6 %]) des élèves ont indiqué respecter les directives et passer 2 heures ou moins devant un écran chaque jour. De plus, 4,6 %* (3,1 %, 6,8 %) des élèves ont dit qu'ils n'étaient pas certains du temps qu'ils passaient devant un écran.</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009.
Reste de l'Ontario	Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.	En 2009, 40,7 % (39,0 %, 42,4 %) des Ontariens ont indiqué respecter les recommandations en matière de temps passé devant un écran (2 heures ou moins par jour). Cette proportion n'est pas différente de celle observée à Ottawa (44,5 % [40,8 %, 48,4 %]).
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Aucune différence n'a été observée entre les filles et les garçons.	En 2009, les filles ont été plus nombreuses que les garçons à affirmer passer 2 heures ou moins devant un écran; ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives (48,8 % [43,0 %, 54,6 %] contre 40,6 % [36,2 %, 45,1 %]), probablement en raison de la taille de l'échantillon.

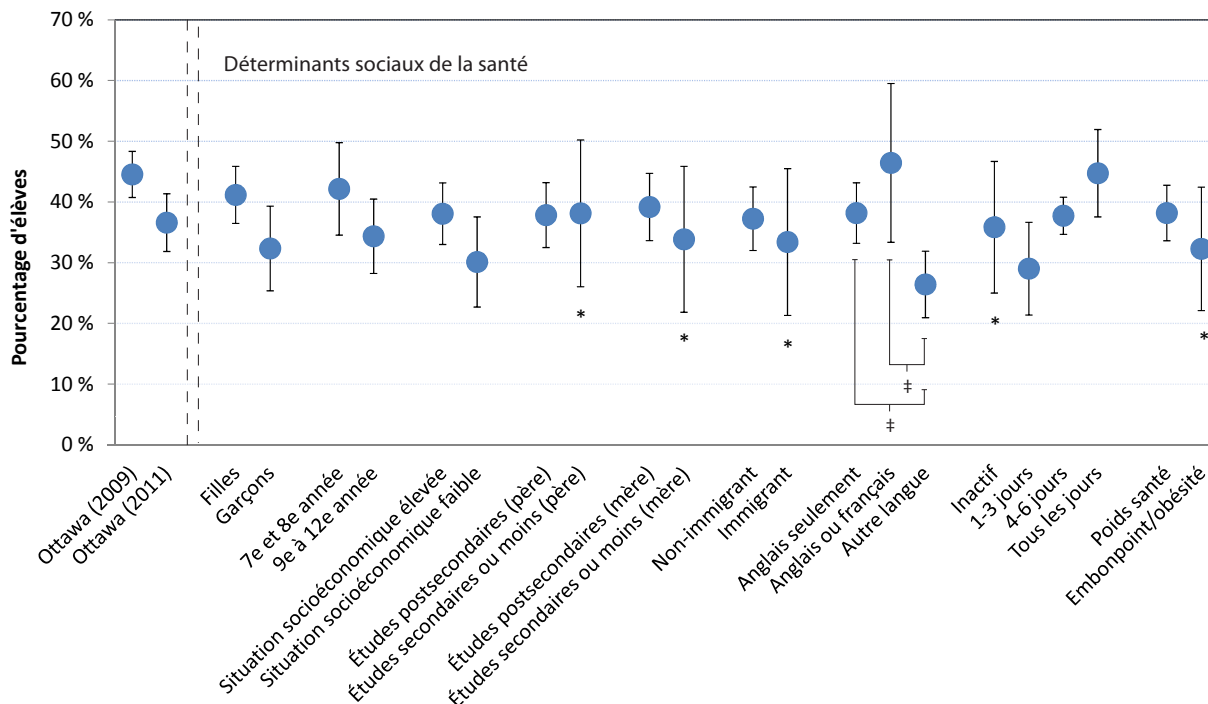
	Temps passé devant un écran en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de temps passé devant un écran (2009 par rapport à 2011)
Années scolaires	Comparativement aux élèves de 7 ^e et 8 ^e année, les élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année étaient plus nombreux à dépasser les directives en matière de comportement sédentaire en passant plus de 2 heures devant un écran chaque jour; ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives (62,0 % [54,7 %, 68,9 %] contre 50,6 % [44,7 %, 56,6 %]) possiblement en raison de la taille de l'échantillon.	Une tendance semblable a été observée en 2009, alors que les élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année étaient plus nombreux à dépasser les directives en matière de comportement sédentaire que ceux de 7 ^e et de 8 ^e année (59,1 % [54,2 %, 63,9 %] contre 34,6 % [28,1 %, 41,7 %]). Inversement, les élèves de 7 ^e et 8 ^e année ont été plus nombreux que ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année à déclarer passer 2 heures ou moins devant un écran chaque jour (58,3 % [50,6 %, 65,6 %] contre 38,8 % [34,6 %, 43,2 %]).
Situation socioéconomique familiale	Aucune différence n'a été observée en fonction de la situation socioéconomique.	Ces données ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité du père.	De la même façon, aucune différence significative n'a été observée quant au temps passé devant un écran en fonction de la scolarité du père en 2009.
Scolarité de la mère	Aucune différence n'a été observée en fonction de la scolarité de la mère.	En 2009, les élèves qui avaient indiqué que leur mère avait poursuivi des études postsecondaires étaient plus nombreux à indiquer passer 2 heures ou moins devant un écran que ceux dont la mère n'avait que terminé l'école secondaire ou moins; cependant, cette différence n'est pas significative (47,0 % [43,1 %, 51,0 %] contre 36,1 % [28,1 %, 44,9 %]), probablement en raison de la petite taille de l'échantillon.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant.	De la même façon, aucune différence significative n'a été observée quant au temps passé devant un écran en fonction du statut d'immigrant en 2009.

	Temps passé devant un écran en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de temps passé devant un écran (2009 par rapport à 2011)
Langue parlée à la maison	<p>Les élèves qui ont indiqué parler seulement anglais (38,2 % [33,2 %, 43,4 %]) ou anglais et français (46,4 % [33,4 %, 66,0 %]) à la maison ont été plus nombreux à indiquer passer 2 heures ou moins devant un écran que ceux qui ont indiqué parler une langue autre que l'anglais ou le français à la maison (26,4 % [20,9 %, 32,7 %]).</p> <p>L'inverse est aussi vrai : les élèves qui ont indiqué parler une langue autre que l'anglais ou le français (70,7 % [62,5 %, 77,6 %]) à la maison ont été plus nombreux à déclarer passer 3 heures ou plus devant un écran que ceux qui parlaient seulement anglais (56,8 % [50,9 %, 62,6 %]) ou anglais et français seulement (48,9 %* [33,3 %, 64,8 %]).</p>	<p>En 2009, aucune différence significative n'a été observée en fonction de la langue parlée à la maison.</p>

	Temps passé devant un écran en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière de temps passé devant un écran (2009 par rapport à 2011)
Niveau d'activité physique	<p>Les élèves qui étaient actifs pendant 1 à 3 jours (69,7 % [60,0 %, 77,9 %]) ont été plus nombreux que ceux qui l'étaient pendant 4 à 6 (57,0 % [53,1 %, 60,8 %]) et quotidiennement (47,6 % [43,2 %, 52,2 %]) à déclarer passer plus de 2 heures devant un écran.</p> <p>Les élèves qui étaient actifs chaque jour ont été plus nombreux à indiquer passer 2 heures ou moins devant un écran que ceux qui étaient actifs pendant 1 à 3 jours; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (44,7 % [37,5 %, 52,2 %] contre 29,0 % [21,4 %, 38,1 %]).</p> <p>Les élèves qui étaient actifs 4 à 6 jours étaient plus nombreux à passer 2 heures ou moins devant un écran que ceux qui étaient actifs de 1 à 3 jours; cette différence n'est toutefois pas significative.</p>	<p>En 2009, il y avait une tendance selon laquelle les élèves qui étaient plus actifs étaient plus nombreux à indiquer qu'ils respectaient les recommandations de passer 2 heures ou moins devant un écran.</p> <p>Les élèves qui étaient actifs pendant 4 à 6 jours ont été plus nombreux à déclarer passer 2 heures ou moins devant un écran que ceux qui étaient actifs pendant 1 à 3 jours (51,2 % [44,6 %, 57,8 %] contre 33,5 % [27,5 %, 40,1 %]).</p> <p>Les élèves qui étaient actifs chaque jour ont été plus nombreux à déclarer passer 2 heures ou moins devant un écran que ceux qui étaient actifs pendant 1 à 3 jours; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative (52,0 % [42,8 %, 61,0 %] contre 33,5 % [27,5 %, 40,1 %]).</p> <p>Les élèves qui étaient actifs pendant un à trois jours (62,8 % [55,8 %, 69,3 %]) ont été plus nombreux que ceux qui étaient actifs pendant 4 à 6 jours (47,2 % [40,4 %, 54,2 %]) et quotidiennement (44,0 % [35,9 %, 52,3 %]) à indiquer passer plus de 2 heures devant un écran; après ajustement, le seuil de signification statistique n'a toutefois pas été atteint en ce qui a trait à la différence avec les élèves actifs chaque jour.</p>
Indice de masse corporelle	Aucune différence n'a été observée en fonction de l'IMC.	De la même façon, aucune différence significative n'a été observée quant au temps passé devant un écran en fonction de la catégorie d'IMC en 2009.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 22 : Pourcentage d'élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont indiqué passer deux heures ou moins devant un écran chaque jour en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2009 et 2011 – *Surveillance des facteurs de risque en Ontario*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Temps passé devant un écran pendant les loisirs chez les adultes

Les longues heures passées devant la télévision chez les adultes sont associées à l'obésité, au diabète, aux maladies cardio-vasculaires, à d'autres maladies liées à la santé métabolique et à la mortalité, toutes causes confondues.⁶³⁻⁶⁹

Dans le cadre de l'ESCC, on a demandé aux répondants combien d'heures ils avaient passé, au cours d'une semaine habituelle lors des trois derniers mois, devant la télévision (ce qui comprend les vidéos) et l'ordinateur (ce qui comprend l'utilisation de jeux et d'Internet) pendant leurs loisirs, ce qui exclut le temps consacré à ces activités au travail ou à l'école. Le temps qu'ils ont consacré aux jeux vidéo n'a pas été demandé aux adultes de 20 ans et plus. Ces questions ne tenaient pas compte de la quantité globale de temps que les répondants pouvaient consacrer aux loisirs (par exemple, les retraités peuvent avoir plus de temps de loisir que les travailleurs); par conséquent, le nombre relatif d'heures passées devant un écran pendant les loisirs ne sont pas disponibles.

Les recommandations visant le temps passé devant un écran ou le temps consacré à des activités sédentaires ne s'adressent pas aux adultes au Canada. Dans la littérature, divers points de découpage ont été utilisés pour définir la fréquence d'utilisation de la télévision et de l'ordinateur par les adultes, soit 15 heures ou plus pour la télévision et 11 heures ou plus pour l'ordinateur chaque semaine.⁷⁰⁻⁷¹ Ces points de découpage correspondent aux *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des jeunes*, qui recommandent moins de deux heures d'activité sédentaire chaque jour.⁷² Le temps global passé devant un écran pendant les loisirs, qui combine l'utilisation de la télévision et de l'ordinateur, est présenté.

EN BREF...

- Près de la moitié (48 %) des adultes d'Ottawa (20 ans et plus) ont passé 15 heures ou plus chaque semaine devant la télévision ou l'ordinateur à l'extérieur du travail ou de l'école; cette proportion a toutefois diminué par rapport à 2003 (53 %).
- Les hommes ont été plus nombreux que les femmes à passer 15 heures ou plus devant un écran.
- Certains éléments indiquent que les adultes n'ayant pas un diplôme secondaire et ceux qui ont un poids insuffisant ou un poids normal seraient plus nombreux à déclarer passer moins de 15 heures chaque semaine devant un écran que ceux ayant au minimum un diplôme secondaire et ceux qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée en fonction du revenu du ménage, de la langue maternelle ou du statut d'immigrant.

Tableau 26 : Temps passé devant un écran pendant les loisirs chez les adultes (20 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2003 à 2007-2008

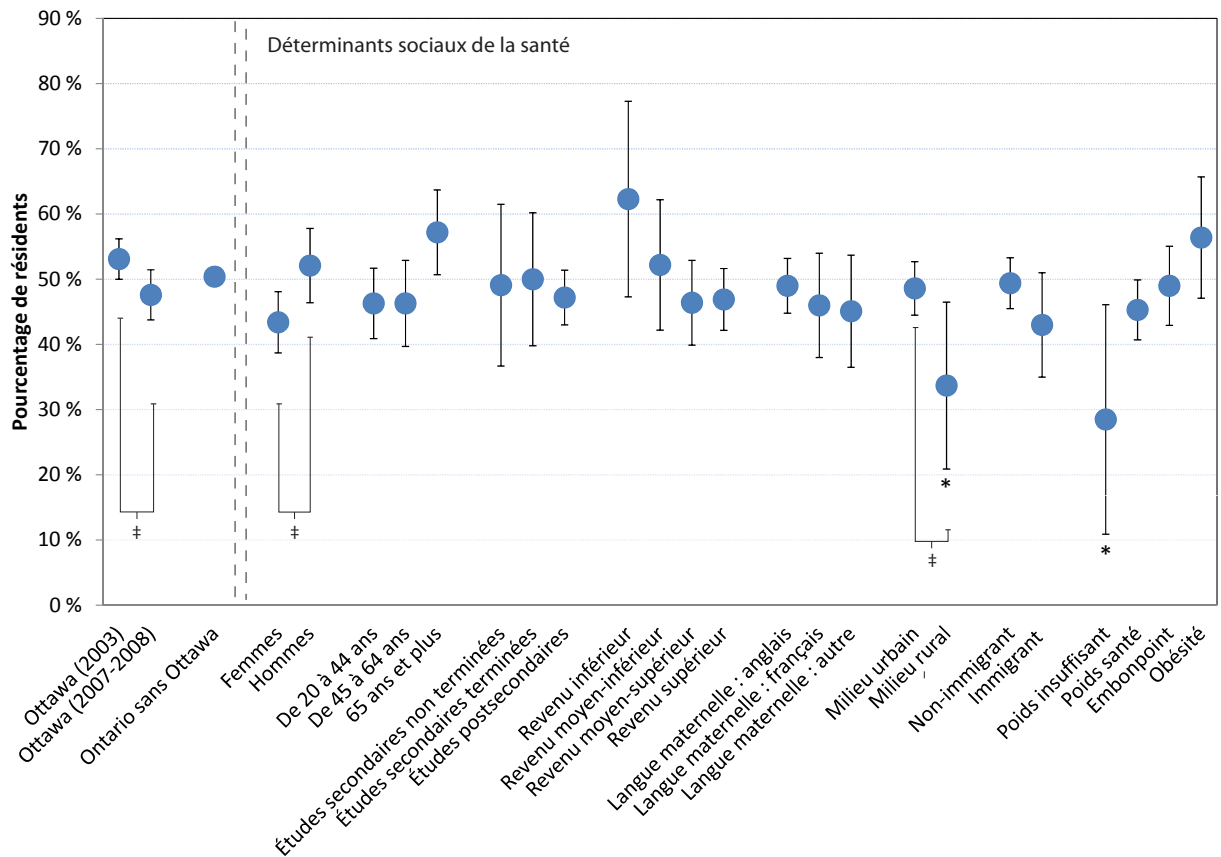
	Temps passé devant un écran pendant les loisirs en 2007-2008 (adolescents de 12 à 19 ans et adultes de 20 ans et plus)	Tendances en matière de temps passé devant un écran pendant les loisirs (2003 à 2007-2008)
Échantillon total	Près de la moitié des adultes d'Ottawa ont passé 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs (296 400 personnes ou 47,6 % [43,7 %, 51,4 %]) et 52,4 % (48,6 %, 52,3 %) en ont passé 14 heures ou moins.	En 2003, un nombre plus élevé d'adultes d'Ottawa avaient passé 15 heures ou plus par semaine (53,1 % [50,0 %, 56,2 %]) devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs.
Reste de l'Ontario	Aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de l'Ontario quant au temps passé devant la télévision ou l'ordinateur.	En 2003, aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de l'Ontario.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Les hommes (52,1 % [46,3 %, 57,8 %]) ont été plus nombreux que les femmes (43,4 % [38,7 %, 48,1 %]) à passer 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs.	Les différences selon le sexe sont comparables à ceux de 2003.
Âge	Certains éléments indiquent que les aînés ont été plus nombreux à passer 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs (57,2 % [50,7 %, 63,7 %]) que les adultes de 20 à 44 ans (46,3 % [40,8 %, 51,7 %]) et ceux de 45 à 64 ans (46,3 % [39,7 %, 52,9 %]); cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative.	En 2003, la situation inverse avait été observée : les aînés étaient moins nombreux à passer 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs (43,6 % [37,1 %, 50,0 %]) que les adultes de 20 à 44 ans (55,8 % [51,5 %, 60,1 %]) et ceux de 45 à 64 ans (52,6 % [47,1 %, 58,1 %]).

	Temps passé devant un écran pendant les loisirs en 2007-2008 (adolescents de 12 à 19 ans et adultes de 20 ans et plus)	Tendances en matière de temps passé devant un écran pendant les loisirs (2003 à 2007-2008)
Scolarité	Aucune différence n'a été observée en fonction du niveau de scolarité.	En 2003, certains éléments indiquaient que les adultes qui n'avaient pas terminé l'école secondaire étaient moins nombreux à passer 15 heures ou plus chaque semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs (40,8 % [30,9 %, 50,7 %]) que ceux qui avaient terminé l'école secondaire (55,9 % [48,9 %, 63,1 %]) et ceux qui avaient effectué des études postsecondaires (53,9 % [50,2 %, 57,6 %]); cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative.
Revenu du ménage	Aucune différence n'a été observée en fonction du revenu du ménage.	De même, aucune différence n'a été observée en fonction du revenu du ménage.
Milieu urbain/rural	Les adultes qui vivent dans des secteurs urbains d'Ottawa ont été plus nombreux à passer 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs (48,6 % [44,4 %, 52,7 %]) que ceux qui vivent dans des secteurs ruraux (33,7 % [20,9 %, 46,5 %]).	En 2003, la tendance inverse a été observée : les adultes qui vivaient dans des secteurs ruraux d'Ottawa étaient plus nombreux à passer 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs (61,9 % [53,9 %, 69,9 %]) que ceux qui vivaient dans des secteurs urbains (52,1 % [48,7 %, 55,4 %]).
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée en fonction de la langue maternelle.	Aucune différence n'a été observée en fonction de la langue maternelle en 2003.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée en fonction du statut d'immigrant.	De même, aucune différence n'a été observée en fonction du statut d'immigrant.

	Temps passé devant un écran pendant les loisirs en 2007-2008 (adolescents de 12 à 19 ans et adultes de 20 ans et plus)	Tendances en matière de temps passé devant un écran pendant les loisirs (2003 à 2007-2008)
Indice de masse corporelle	Certains éléments indiquent qu'il y a une relation linéaire entre le fait de passer 15 heures ou plus par semaine devant la télévision ou l'ordinateur pendant les loisirs et un IMC élevé; cette tendance n'est toutefois pas statistiquement significative. En fait, 28,5 %* (10,9 %, 46,1 %) des adultes ayant un poids insuffisant, 45,3 % (40,6 %, 49,9 %) de ceux qui ont un poids normal, 49,0 % (43,0 %, 55,1 %) de ceux qui font de l'embonpoint et 56,4 % (47,1 %, 65,7 %) de ceux qui souffrent d'obésité ont passé 15 heures ou plus devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs.	En 2003, la relation linéaire n'était pas évidente, et aucune différence n'a été observée en fonction de l'IMC.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 23 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) qui ont passé 15 heures ou plus devant la télévision ou l'ordinateur pendant leurs loisirs en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2007-2008



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003, 2007-2008). Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.
 * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; Le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes.
 Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Temps passé en position assise chez les adultes

Les longues périodes passées en position assise sont associées à de nombreux effets nocifs pour la santé, qu'il s'agisse d'un risque accru de mortalité, toutes causes confondues, ou de maladies cardiovasculaires, de syndrome métabolique, de la prise de poids ou de certains types de cancer.⁷³ En outre, certaines données laissent croire que le lien négatif entre les comportements sédentaires, comme la position assise, et les risques pour la santé pourrait être indépendant des effets protecteurs de l'activité physique.⁷⁴

La version abrégée de l'IPAQ utilisée dans le cadre du SSRFR comprend une question sur le temps passé en position assise. La question porte plus précisément sur le temps passé en position assise les *jours de semaine*, pour mieux rendre compte du comportement habituel des gens dans la version abrégée, à la suite du processus de validation de l'IPAQ. Comme c'est le cas dans l'IPAQ, dans l'introduction des questions portant sur le temps passé en position assise, les répondants sont invités à réfléchir à de nombreux aspects de leur vie pour ce qui est du temps passé en position assise.

À l'heure actuelle, aucun seuil n'a été établi pour les adultes relativement à l'effet du temps passé en position assise sur la santé. Cependant, compte tenu du nombre croissant de données sur les conséquences négatives de cette réalité conjugué aux périodes considérables passées en position assise dans une étude démographique de 20 pays variés⁷³, le temps passé en position assise est en voie de devenir un indicateur important en matière de surveillance et d'intervention en santé publique.

Des recherches récentes au sujet des comportements sédentaires ont démontré que de demeurer en position assise pour plusieurs heures consécutives a un impact négatif démontrable sur la santé métabolique. De simples moyens, tels que de prendre une courte marche lors de la pause, pourrait réduire de façon importante l'impact relié au temps passé en position assise.⁷⁵⁻⁷⁶

EN BREF...

- Les adultes résidant à Ottawa (18 ans et plus) passent en moyenne 5,9 heures chaque jour en position assise les jours de semaine, ce qui représente environ 37 % des heures où ils ne dorment pas.
- Lors d'un jour de semaine typique, les hommes passent plus de temps que les femmes en position assise.
- Les adultes d'âge moyen (25 à 44 ans et 45 à 64 ans) passent plus de temps en position assise que les aînés. Ce sont les personnes du groupe des 25 à 44 ans qui ont déclaré avoir passé le plus de temps en période assise.
- Les personnes qui sont plus actives passent moins de temps en position assise.
- Certains éléments indiquent que les jeunes adultes (18 à 24 ans) passeraient plus de temps en position assise que les aînés; d'autres données sont toutefois nécessaires afin de confirmer que ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative quant au temps passé en position assise n'a été observée selon la langue maternelle ou la catégorie d'IMC.

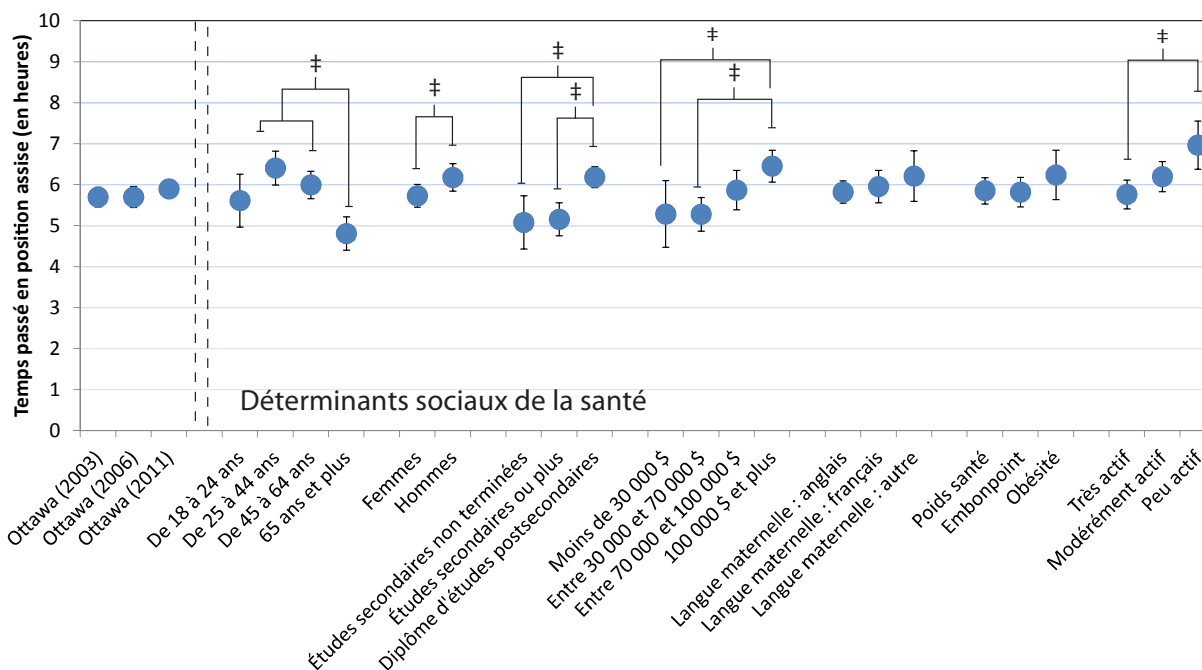
Tableau 27 : Heures passées en position assise les jours de semaine chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2003-2011

	Heures passées en position assise les jours de semaine chez les adultes en 2011 (18 ans et plus)	Tendances en matière de temps passé en position assise (2003 à 2009)
Échantillon total	<p>Dans l'ensemble, les adultes d'Ottawa ont indiqué qu'ils passaient en moyenne 5,9 heures en position assise chaque jour de semaine (5,7; 6,1).</p> <p>La médiane était de 5,8 heures et son étendue de 3 à 8 heures passées en position assise chaque jour.</p>	Les chiffres sont semblables à ceux observés entre 2003 et 2009.
Déterminants sociaux de la santé		
Sexe	Les hommes ont déclaré passer plus de temps en position assise que les femmes (6,2 heures chaque jour de semaine chez les hommes [5,8; 6,5] contre 5,7 heures chez les femmes [5,5; 6,0]).	Les chiffres sont semblables à ceux observés entre 2003 et 2009.
Âge	Les adultes des deux groupes d'âge moyen ont indiqué passer plus de temps en position assise les jours de semaine comparativement aux aînés : 5,6 heures (5,0; 6,3) chez les 18-24 ans, 6,4 heures (6,0; 6,8) chez les 25-44 ans, 6,0 heures (5,7; 6,3) chez les 45-64 ans et 4,8 heures (4,4; 5,2) chez les aînés.	Les chiffres selon l'âge sont comparables à ceux observés entre 2003 et 2009.

	Heures passées en position assise les jours de semaine chez les adultes en 2011 (18 ans et plus)	Tendances en matière de temps passé en position assise (2003 à 2009)
Scolarité	<p>Le temps passé en position assise les jours de semaine augmentait en fonction du niveau de scolarité : en effet, les adultes qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires ont été plus nombreux à déclarer un nombre d'heures plus élevé.</p> <p>Ceux qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires ont passé 6,2 heures en position assise chaque jour de semaine (5,9; 6,4), comparativement à 5,1 heures (4,4; 5,7) chez ceux qui n'ont pas terminé l'école secondaire et à 5,2 heures (4,8; 5,6) chez ceux qui ont terminé l'école secondaire ou qui ont fait des études postsecondaires.</p>	Les chiffres selon le niveau de scolarité sont comparables à ceux observés entre 2003 et 2009.
Revenu du ménage	À l'instar de ce qui a été observé avec le niveau de scolarité, le temps passé en position assise par jour de semaine augmentait en fonction du revenu : en effet, les adultes qui gagnaient plus de 100 000 \$ annuellement ont déclaré passer plus de temps en position assise (6,5 heures par jour de semaine [6,1; 6,8]) que ceux dont le revenu était de moins de 30 000 \$ (5,3 heures par jour de semaine [4,5; 6,1]) ou de 30 000 \$ à 70 000 \$ (5,3 heures par jour de semaine [4,9; 5,7]).	Les chiffres selon le revenu du ménage sont comparables à ceux observés entre 2003 et 2009.
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée en fonction de la langue maternelle.	Aucune différence n'a été observée en fonction de la langue maternelle entre 2003 et 2009.

	Heures passées en position assise les jours de semaine chez les adultes en 2011 (18 ans et plus)	Tendances en matière de temps passé en position assise (2003 à 2009)
Niveau d'activité physique	<p>Les personnes plus actives ont passé moins de temps en position assise.</p> <p>Les adultes qui ont dit être très actifs ont passé 5,8 heures (5,4; 6,1) en position assise chaque jour de semaine, comparativement à 6,2 heures (5,8; 6,6) chez les adultes modérément actifs et à 7,0 heures (6,4; 7,6) chez ceux qui sont peu actifs.</p>	<p>Les chiffres selon le niveau d'activité physique sont comparables à ceux observés entre 2003 et 2009.</p>
Indice de masse corporelle	<p>Aucune différence n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC.</p>	<p>Aucune différence n'a été observée en fonction de la catégorie d'IMC entre 2003 et 2009.</p>

Graphique 25 : Nombre moyen d'heures passées en position assise chaque jour de semaine chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque, 2003, 2006 et 2011.

Le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Connaissance et utilisation du podomètre

La stratégie d'activité physique de la Ville d'Ottawa encourage l'utilisation de podomètres, qui sont des appareils simples que l'on porte pour calculer le nombre de pas effectués, afin de mieux évaluer son nombre de pas et d'être mieux à même d'atteindre l'objectif de 10 000 pas par jour.

En 2004, Catrine Tudor-Locke et David Bassett ont proposé un indice permettant de traduire les lignes directrices existantes en matière d'activité physique par un équivalent se calculant en pas par jour.⁷⁷ L'indice qui s'applique aux adultes en santé est décrit dans le [tableau 28](#).

Un objectif de 10 000 pas par jour est favorable à la santé des adultes. Celui-ci peut toutefois être difficile à atteindre pour les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique, et probablement trop facile à atteindre pour les enfants.⁷⁷ À Ottawa, les messages de santé publique recommandent de se fixer un objectif de 10 000 pas par jour pour ressentir des bienfaits sur la santé.

Tableau 28 : Indice d'activité physique d'après le nombre de pas par jour

Nombre de pas par jour	Indice d'activité	Description
< 5 000	Sédentaire	La personne mène une vie sédentaire.
5 000 à 7 499	Peu actif	Le niveau d'activité de la personne correspond à celui d'une journée normale, au cours de laquelle elle ne fait ni sport, ni exercice et peut donc être considérée comme « peu active ».
7 500 à 9 999	Plutôt actif	La personne fait probablement de l'exercice ou des activités sportives ou occupe un emploi qui l'amène à marcher ou à avoir un niveau d'activité assez élevé, et peut donc être considérée comme « plutôt active ».
≥ 10 000	Actif	Il s'agit du minimum pour considérer qu'une personne est « active ».
≥ 12 500	Très actif	La personne peut fort probablement être considérée comme « très active ».

Cette classification s'applique aux adultes en santé. Ainsi, ces objectifs sont probablement inatteignables pour les aînés et les personnes souffrant d'une maladie chronique, mais trop modestes pour les enfants.

En 2008, les *Sondages sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa* ont été menés, en collaboration avec l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV), auprès de résidents d'Ottawa âgés de 15 ans et plus afin de déterminer le niveau de connaissances des citoyens au sujet des podomètres et de leur utilisation.

EN BREF...

- Près de neuf résidents sur dix (âgés de 18 ans et plus) ont déjà entendu parler du podomètre (ou compte-pas); parmi ceux-ci, plus du tiers (36 %) en ont déjà utilisé un.
- Les résidents possédant un podomètre étaient plus nombreux que les autres à savoir que le nombre de pas nécessaire par jour pour obtenir des bienfaits sur la santé est de 10 000 ou plus.
- Plus de la moitié des résidents (55 %) qui n'avaient jamais entendu parler du podomètre pensaient que moins de 5 000 pas par jour suffisaient pour ressentir des bienfaits sur la santé, et 30 % n'avaient aucune idée du nombre nécessaire, ce qui témoigne d'un manque de connaissance des messages de santé publique.
- Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir utilisé, porté ou possédé un podomètre.
- Le niveau de connaissance au sujet du podomètre était plus important chez les 45 à 64 ans et chez les résidents ayant un revenu plus élevé.
- Aucune différence n'a été observée quant à l'utilisation ou à la possession d'un podomètre selon l'âge ou les groupes de revenus.

Tableau 29 : Connaissance et utilisation du podomètre chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2008

Connaissance et utilisation du podomètre chez les adultes (18 ans et plus) (2008)	
Échantillon total	<p>En 2008, 88,6 % (87,0 %, 90,2 %) des résidents ont répondu avoir déjà entendu parler du podomètre; de ce nombre, 36,4 % (33,2 %, 39,6 %) en avaient déjà utilisé un. Plus de la moitié des résidents ayant déjà porté un podomètre ont indiqué en posséder un (58,2 % [52,5%, 63,9 %]).</p> <p>On a demandé aux résidents utilisant ou possédant un podomètre le nombre de pas par jour qu'une personne doit faire pour ressentir des bienfaits sur sa santé. Trente-cinq pour cent (35,0 %) d'entre eux ont estimé que moins de 5 000 pas suffisaient, 13,2 % (9,1 %, 17,3 %) ont estimé qu'entre 5 000 et 9 999 pas suffisaient, et 45,9 %* (39,9 %, 51,9 %) connaissaient l'objectif de 10 000 pas par jour.</p> <p>Parmi les résidents qui n'avaient jamais entendu parler du podomètre, 55,4 % (44,1 %, 66,7 %) pensaient que moins de 5 000 pas par jour suffisaient, et 29,7 %* (19,3 %, 40,1 %) n'en avaient aucune idée.</p>
Reste de l'Ontario	Les données relatives à l'utilisation du podomètre n'ont pas été recueillies à l'échelle provinciale.
Déterminants sociaux de la santé	
Sexe	<p>Aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes quant à la connaissance du podomètre.</p> <p>Les femmes (41,5 % [37,0 %, 46,0 %]) étaient plus nombreuses que les hommes (30,1 % [25,5 %, 34,7 %]) à avoir déjà utilisé un podomètre.</p> <p>En outre, plus de femmes que d'hommes avaient déjà possédé un podomètre (62,9 % [56,0 %, 69,8 %] contre 50,0 % [40,3 %, 59,7 %]).</p>
Âge	<p>La connaissance du podomètre était plus élevée chez les adultes de 45 à 64 ans (91,7 % [89,3 %, 94,1 %]).</p> <p>L'âge n'influe pas sur l'utilisation ou la possession d'un podomètre.</p>
Revenu du ménage	<p>Le taux de connaissance du podomètre augmentait avec le revenu du ménage.</p> <p>Le revenu du ménage n'influe pas sur l'utilisation ou la possession d'un podomètre.</p>

Source : Sondages sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa, l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2008.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite.

Activité physique, objectivement mesurée, chez les adultes

En 2008, une étude sur le podomètre a été menée auprès d'un échantillon de 164 résidents d'Ottawa (âgés de 15 ans et plus) recrutés à partir des *Sondages sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa*. L'étude visait à déterminer si le port du podomètre influe sur le nombre de pas des adultes. Bien qu'on ne puisse généraliser ces résultats à l'ensemble de la population d'Ottawa, ils indiquent sommairement les niveaux d'activité physique d'un petit échantillon d'adultes d'Ottawa, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant.

EN BREF...

- Environ 30 % des résidents (âgés de 15 ans et plus) du petit échantillon ayant participé à l'étude sur le podomètre ont affiché une moyenne d'au moins 10 000 pas par jour, soit l'objectif fixé par la Ville d'Ottawa pour ressentir des bienfaits sur la santé.

Tableau 30 : Nombre de pas par jour chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2008

	Nombre de pas par jour en 2008 (résidents de 15 ans et plus)
Échantillon total	<p>Sur une période de deux semaines en 2008, le nombre moyen de pas par jour des adultes de l'échantillon étaient de 8 549 (IC à 95 % : de 8 140 à 8 959 pas par jour; médiane : 8 537 pas par jour; étendue : de 2 016 à 14 690 pas par jour).</p> <p>Environ 30 % des adultes de l'échantillon ont affiché une moyenne d'au moins 10 000 pas par jour, soit l'objectif fixé par la Ville d'Ottawa pour ressentir des bienfaits sur la santé.</p>
Reste de l'Ontario	Les données relatives à l'utilisation du podomètre n'ont pas été recueillies à l'échelle provinciale.
Âge	<p>Les adultes âgés de 25 à 44 ans présentaient une moyenne de 8 487 pas par jour (IC à 95 % : de 7 834 à 9 140 pas par jour; étendue : de 2 906 à 14 690 pas par jour).</p> <p>Les adultes âgés de 45 à 64 ans affichaient une moyenne de 8 636 pas par jour (IC à 95 % : de 8 077 à 9 196 pas par jour; étendue : de 2 017 à 14 342 pas par jour).</p> <p>Les données se rapportant aux adultes âgés de 15 à 24 ans n'étaient pas fiables en raison de la petite taille de l'échantillon.</p>

Source : Sondages sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa, l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2008.

Obstacles et incitatifs à l'activité physique

Dans le cadre du *Sondage sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa* réalisé en 2002 et en 2008, on a demandé aux résidents d'Ottawa (âgés de 15 ans et plus) dans quelle mesure les obstacles liés à leur vie personnelle (individuels), aux services et aux infrastructures les empêchaient de faire régulièrement de l'activité physique. Il est important de cibler les obstacles qui nuisent à la participation des résidents d'Ottawa à des activités physiques afin de prendre les mesures nécessaires.⁵⁹

Obstacles individuels à l'activité physique

Les obstacles individuels ont un impact sur la confiance et la capacité des individus à participer à des activités physiques régulières. Ces barrières incluent le manque d'habiletés physiques, de temps, d'énergie, de motivation, d'accès à des programmes d'activité physique, de support à l'entraînement ou d'information.⁵⁹

EN BREF...

- Voici les trois principaux obstacles individuels à l'activité physique cités par les répondants : le manque de temps, le manque d'énergie et le manque d'intérêt ou de motivation.
- Les résidents à faible revenu présentaient une prévalence plus élevée des obstacles individuels.
- Le fait d'être très actif réduit la prévalence des obstacles individuels.

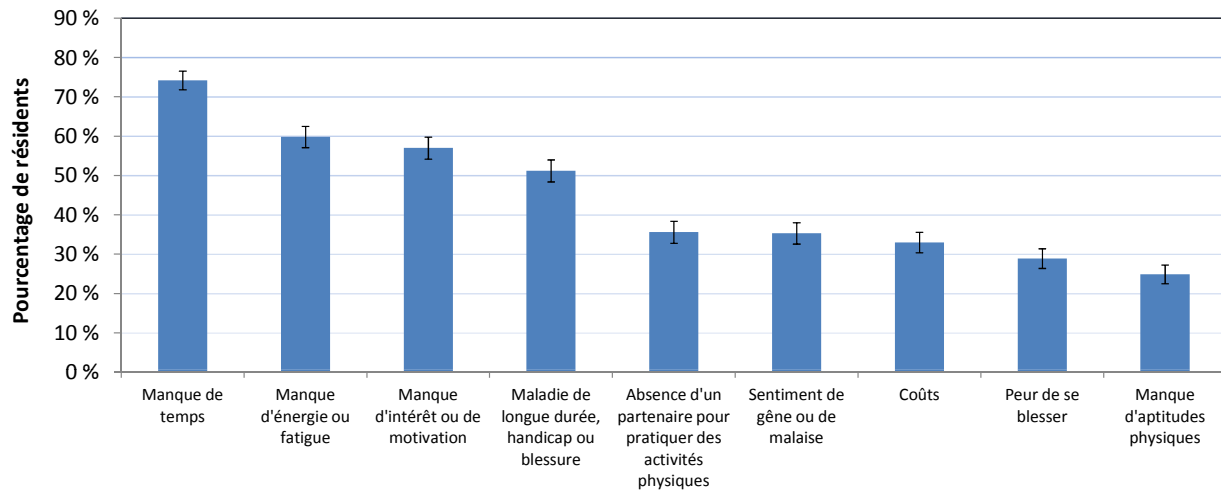
Tableau 31 : Obstacles individuels chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2002 à 2008

	Obstacles individuels à l'activité physique en 2008	Tendances en matière d'obstacles individuels à l'activité physique (2002)
Ottawa total	<p>Les trois principaux obstacles individuels à l'activité physique étaient les suivants : le manque de temps (74,2 % [71,8 %, 76,6 %]), le manque d'énergie (59,8 % [57,1 %, 62,5 %]) et le manque d'intérêt ou de motivation (57,0 % [54,2 %, 59,8 %]).</p> <p>Les coûts (33,0 % [30,4 %, 35,6 %]), la peur de se blesser (28,9 % [26,4 %, 31,4 %]) et le manque d'aptitudes physiques (24,9 % [22,5 %, 27,3 %]) étaient les obstacles les moins souvent mentionnés comme importants en 2008.</p>	<p>Une diminution a été observée entre 2002 et 2008 quant à la proportion de résidents ayant invoqué les obstacles suivants : le manque d'énergie ou la fatigue (64,2 % [61,0 %, 67,4 %] contre 59,8 % [57,1 %, 62,5 %]), le manque d'intérêt ou de motivation (63,2 % [60,0 %, 66,4 %] contre 57,0 % [54,2 %, 59,8 %]), les coûts (39 % [35,8 %, 42,2 %] contre 33,0 % [30,4 %, 35,6 %]) et le manque d'aptitudes physiques (32,7 % [29,6 %, 35,8 %] contre 24,9 % [22,5 %, 27,3 %]).</p> <p>Aucune autre différence n'a été observée entre 2002 et 2008.</p>

	Obstacles individuels à l'activité physique en 2008	Tendances en matière d'obstacles individuels à l'activité physique (2002)
Déterminants sociaux de la santé (2008)		
Âge	<p>Comparativement aux autres groupes d'âge, une proportion plus élevée d'adultes de 15 à 24 ans ont invoqué comme obstacles importants le manque d'intérêt ou de motivation (71,0 % [64,3 %, 77,7 %]), l'absence d'un partenaire pour pratiquer des activités physiques (46,3 % [38,9 %, 53,7 %]) et un sentiment de gêne ou de malaise (49,4 % [42,0 %, 56,8 %]).</p> <p>Les aînés ont quant à eux cité le manque d'énergie (58,2 % [50,2 %, 66,2 %]), le manque d'intérêt ou de motivation (57,3 % [49,2 %, 65,4 %]) et les maladies de longue durée, les handicaps ou les blessures (54,8 % [46,4 %, 63,2 %]).</p>	
Sexe	<p>Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à invoquer comme obstacles importants le manque d'énergie ou la fatigue (63,7 % [60,0 %, 67,4 %] contre 55,2 % [51,1 %, 59,3 %]), un sentiment de gêne ou de malaise (39,1 % [35,4 %, 42,8 %] contre 30,7 % [26,9 %, 34,5 %]) et les coûts (38,1 % [34,4 %, 41,8 %] contre 26,9 % [23,2 %, 30,6 %]).</p>	
Revenu du ménage	<p>De façon générale, les résidents à faible revenu présentaient une prévalence plus élevée des obstacles individuels.</p> <p>Les maladies de longue durée, les handicaps ou les blessures étaient l'obstacle le plus fréquemment invoqué par les résidents à faible revenu (moins de 30 000 \$) (71,4 % [62,5 %, 80,3 %]), alors que le manque d'intérêt ou de motivation était le plus courant parmi les résidents à revenu élevé (90 000 \$ et plus) (49,4 % [44,9 %, 58,4 %]). Pour en savoir plus, consultez le rapport d'évaluation d'Active Ottawa Actif, annexe D, tableau 3.4.59</p>	
Niveau d'activité physique[¥]	<p>De façon générale, les adultes considérés comme très actifs présentaient une faible prévalence des obstacles.</p> <p>Le manque de temps était l'obstacle le plus fréquemment invoqué par les résidents considérés très actifs (72,5 % [69,1 %, 75,9 %]). Pour en savoir plus, consultez le rapport d'évaluation d'Active Ottawa Actif, annexe D, tableau 3.5.59</p>	

[¥]Tous les aspects de l'activité physique ont été mesurés à l'aide de l'IPAQ.

Graphique 26 : Principaux obstacles individuels à l'activité physique chez les résidents (de 15 ans et plus), ville d'Ottawa, 2008



Source : Sondage sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2008. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Obstacles à l'activité physique liés aux services

Les services et les infrastructures de soutien jouent un rôle déterminant dans la pratique d'activités physiques.⁵⁹ On compte parmi les obstacles liés aux services le manque d'accès à des programmes d'activité physique ou bien le manque d'encadrement ou d'information.

EN BREF...

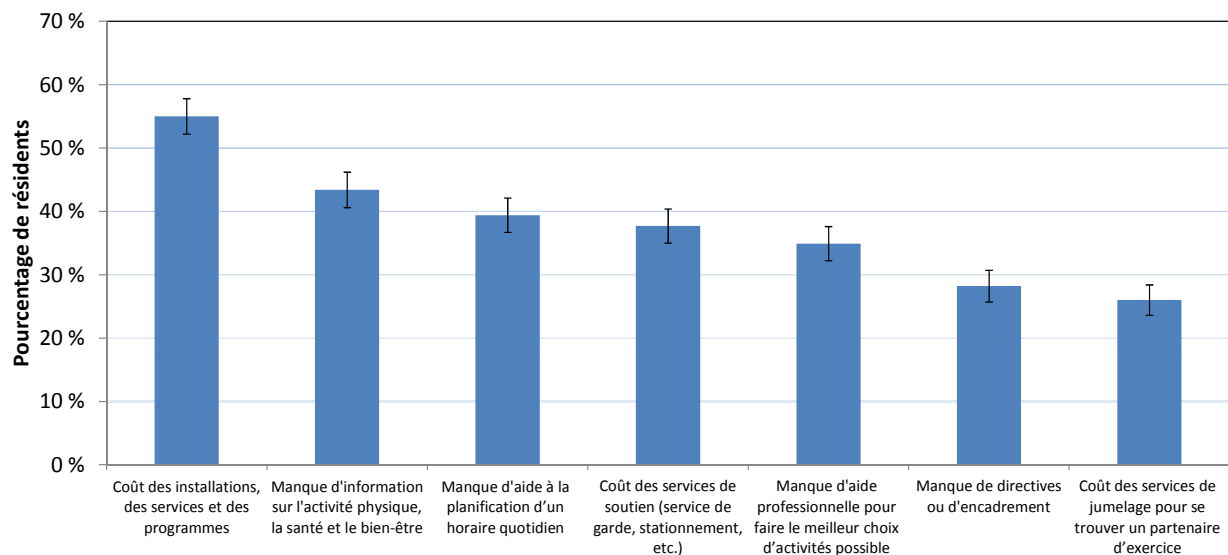
- Selon les résidents d'Ottawa (âgés de 15 ans et plus), l'offre d'installations, de services et de programmes abordables constitue les principaux obstacles, liés aux services, à leur pratique d'activité physique.
- De façon générale, les résidents à faible revenu présentaient une prévalence plus élevée des obstacles liés aux services.

Tableau 32 : Obstacles liés aux services chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2002 à 2008

	Obstacles à l'activité physique liés aux services en 2008	Tendances en matière d'obstacles à l'activité physique liés aux services (2002 par rapport à 2008)
Ottawa (total)	<p>Selon les adultes d'Ottawa, les trois principaux obstacles étaient les suivants : le coût des installations, des services et des programmes (55,0 % [52,2 %, 57,8 %]), le manque d'information sur l'activité physique et le bien-être (43,4 % [40,6 %, 46,2 %]) et le manque d'aide à la planification d'un horaire quotidien (39,4 % [36,7 %, 42,1 %]).</p>	<p>Comparativement à 2002, en 2008, moins d'adultes ont cité comme obstacles importants le coût des services de soutien, comme les services de garde ou le stationnement (37,7 % [35,0 %, 40,4 %] contre 43,3 % [40,0 %, 46,6 %]), et le coût des services de jumelage pour se trouver un partenaire d'exercice (26,0 % [23,6 %, 28,4 %] contre 29,6 % [26,6 %, 32,6 %]).</p> <p>Une proportion plus élevée d'adultes ont invoqué le manque d'information sur l'activité physique, la santé et le bien-être en 2008 par rapport à 2002 (43,4 % [40,6 %, 46,2 %] contre 41,4 % [38,1 %, 44,7 %]).</p> <p>Aucune autre différence n'a été observée entre 2002 et 2008.</p>
Déterminants sociaux de la santé (2008 seulement)		
Âge	<p>Une proportion élevée de jeunes de 15 à 24 ans et d'aînés ont cité le manque d'accès à de l'information sur l'activité physique, la santé et le bien-être comme obstacle à l'activité physique lié aux services (15 à 24 ans : 51,7 % [44,3 %, 59,1 %]; aînés : 49,3 % [41,3 %, 57,3 %]).</p> <p>Les jeunes ont également été nombreux à citer le manque d'aide à la planification d'un horaire quotidien comme obstacle important à l'activité physique (52,6 % [45,2 %, 60,0 %]).</p> <p>Les adultes de 25 à 44 ans ont quant à eux été nombreux à indiquer comme obstacle le coût des services de soutien, comme les services de garde d'enfants et les places de stationnement (48,9 % [43,8 %, 54,0 %]).</p> <p>Une proportion élevée d'aînés ont invoqué comme obstacle à l'activité physique le coût des services de jumelage pour se trouver un partenaire d'exercice (34,7 % [27,0 %, 42,4 %]).</p>	

	Obstacles à l'activité physique liés aux services en 2008	Tendances en matière d'obstacles à l'activité physique liés aux services (2002 par rapport à 2008)
Sexe	<p>Une proportion plus élevée de femmes que d'hommes ont invoqué comme obstacles importants le coût élevé des installations, des services et des programmes (59,8 % [56,1 %, 63,6 %] contre 49,4 % [45,3 %, 53,5 %]), le coût des services de soutien, comme les services de garde et les places de stationnement (44,5 % [40,2 %, 48,3 %] contre 29,7 % [25,9 %, 33,5 %]); le manque d'aide professionnelle pour faire le meilleur choix d'activités possible (37,9 % [34,2 %, 41,6 %] contre 31,3 % [27,5 %, 35,1 %]); le manque de directives ou d'encadrement (34 % [30,4 %, 37,6 %] contre 21,4 % [19,6 %, 26,6 %]) et le coût élevé des services de jumelage pour se trouver un partenaire d'exercice (28,4 % [25,0 %, 31,8 %] contre 23,1 % [19,6 %, 26,6 %]).</p>	
Revenu	<p>De façon générale, les résidents à faible revenu (moins de 30 000 \$) présentaient une prévalence plus élevée des obstacles liés aux services.</p> <p>Chez les adultes à faible revenu (moins de 30 000 \$) comme ceux à revenu élevé (90 000 \$ et plus), l'obstacle à l'activité physique le plus fréquemment cité est le coût élevé des installations, des services et des programmes (63,0 % [53,5 %, 72,5 %] et 49,7 % [45,2 %, 54,2 %]). Pour en savoir plus, consultez le rapport d'évaluation d'Active Ottawa Actif, annexe D, tableau 3.9.⁵⁹</p>	
Niveau d'activité physique	<p>Aucune autre différence n'a été observée selon le niveau d'activité physique.</p>	

Graphique 27 : Principaux obstacles à l'activité physique liés aux services chez les résidents (de 15 ans et plus), ville d'Ottawa, 2008



Source : Sondage sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2008
Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Obstacles à l'activité physique liés aux infrastructures

Les services et les infrastructures de soutien jouent un rôle déterminant dans la pratique d'activités physiques.⁵⁹ On compte parmi les obstacles liés aux infrastructures le manque d'accès aux installations de loisirs et aux gymnases, aux sentiers et aux trottoirs, ainsi qu'aux parcs.

EN BREF...

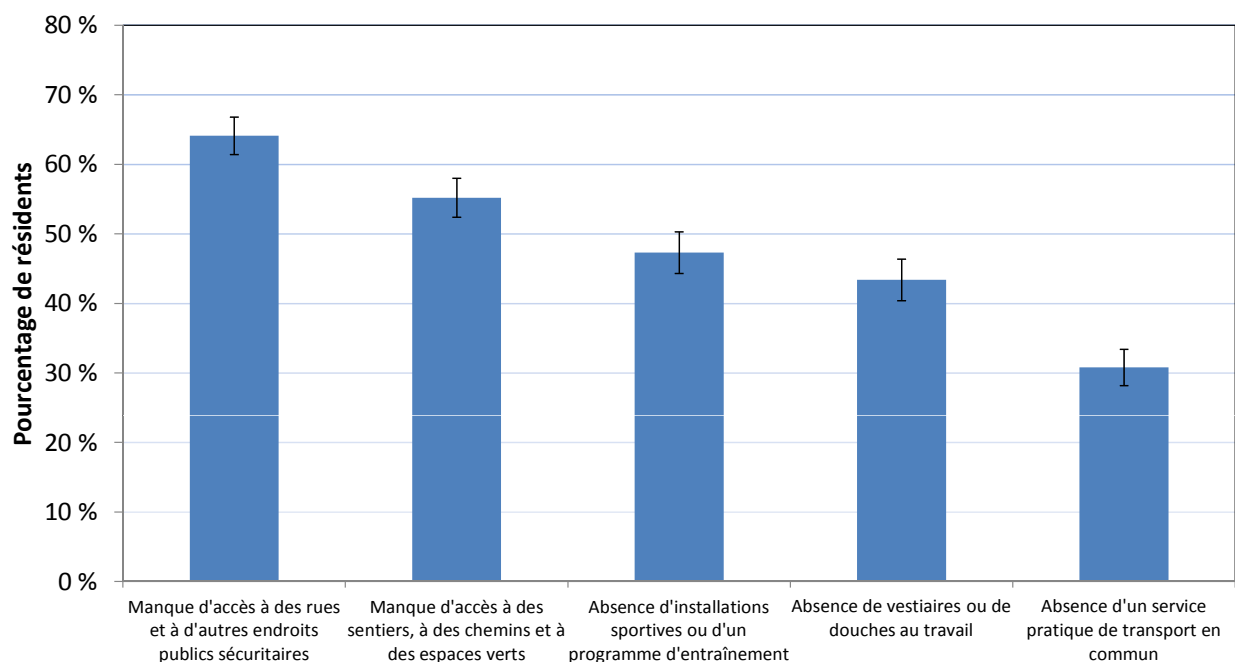
- Les résidents d'Ottawa ont répondu que le manque d'accès à des rues et à d'autres endroits publics sécuritaires était pour eux le principal obstacle, lié à l'infrastructure, à la pratique d'activités physiques.
- Les jeunes (de 15 à 24 ans) et les aînés ont été nombreux à invoquer comme obstacle important, lié à l'infrastructure, l'absence d'un service pratique de transport en commun.
- Tous les obstacles liés à l'infrastructure sont plus importantes pour les femmes que pour les hommes.
- Plus les résidents ont un revenu élevé, moins ils considèrent que le manque d'accès à un service pratique de transport en commun constitue un obstacle important.

Tableau 33 : Obstacles liés aux infrastructures chez les résidents (de 15 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2002 à 2008

	Obstacles à l'activité physique liés aux infrastructures en 2008	Tendances en matière d'obstacles à l'activité physique liés aux infrastructures (2002 par rapport à 2008)
Ottawa (total)	Selon les adultes d'Ottawa, les trois principaux obstacles liés aux infrastructures sont les suivants : le manque d'accès à des rues et à d'autres endroits publics sécuritaires (64,1 % [61,4 %, 66,8 %]), le manque d'accès aux sentiers, aux chemins et aux espaces verts (55,2 % [52,4 %, 58,0 %]), ainsi que l'absence d'installations sportives ou d'un programme d'entraînement sur les lieux de travail (47,3 % [44,3 %, 50,3 %]).	Aucune différence n'a été observée entre 2002 et 2008.
Déterminants sociaux de la santé (2008)		
Âge	<p>Aucune différence n'a été observée selon l'âge pour ce qui est de l'accès à des rues et à des endroits publics sécuritaires.</p> <p>Les aînés ont été plus nombreux à citer comme obstacle important le manque d'accès aux sentiers, aux chemins et aux espaces verts.</p> <p>Aucune différence n'a été observée parmi la population active (résidents âgés de 15 à 64 ans) pour ce qui est de l'absence d'installations sportives ou d'un programme d'entraînement, ni de l'accès à des vestiaires ou à des douches sur les lieux de travail.</p> <p>Les jeunes (15 à 24 ans) et les aînés ont été nombreux à invoquer comme obstacle important l'absence d'un service pratique de transport en commun (jeunes : 39,1 % [31,8 %, 46,4 %]; aînés : 38,6 % [30,7 %, 46,5 %]).</p> <p>Pour en savoir plus, consultez le rapport d'évaluation d'Active Ottawa Actif, annexe D, tableau 3.8.⁵⁹</p>	

	Obstacles à l'activité physique liés aux infrastructures en 2008	Tendances en matière d'obstacles à l'activité physique liés aux infrastructures (2002 par rapport à 2008)
Sexe	Les femmes ont invoqué l'ensemble des obstacles liés aux infrastructures dans une plus grande proportion que les hommes : le manque d'accès à des rues et à d'autres endroits publics sécuritaires (70,2 % [66,7 %, 73,7 %] contre 57,1 % [53,0 %, 61,2 %]), le manque d'accès aux sentiers, aux chemins et aux espaces verts (58,4 % [54,7 %, 62,1 %] contre 51,3 % [47,2 %, 55,4 %]), l'absence d'installations sportives ou de programme d'entraînement sur les lieux de travail (53,8 % [49,7 %, 57,9 %] contre 39,8 % [35,5 %, 44,1 %]), l'absence de vestiaires ou de douches sur les lieux de travail (48,1 % [44,0 %, 52,2 %] contre 38 % [33,8 %, 42,2 %]) et l'absence d'un service pratique de transport en commun (34,1 % [30,5 %, 37,7 %] contre 26,9 % [23,2 %, 30,6 %]).	
Revenu	Plus les résidents ont un revenu élevé, moins ils considèrent que l'absence d'un service pratique de transport en commun constitue un obstacle important : moins de 30 000 \$ (44,0 % [34,3 %, 53,7 %]; entre 30 000 et 50 000 \$ (42,2 % [32,9 %, 51,5 %]; entre 50 000 et 90 000 \$ (32,8 % [27,4 %, 38,4 %]; 90 000 \$ et plus (25,1 % [21,2 %, 29,0 %]). Aucune autre différence n'a été observée selon le revenu.	
Niveau d'activité physique	Aucune différence n'a été observée selon le niveau d'activité physique.	

Graphique 28 : Principaux obstacles liés aux infrastructures chez les résidents (de 15 ans et plus), ville d'Ottawa, 2008



Source : Sondage sur l'activité physique chez les adultes d'Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2008. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Accès à des installations sportives en milieu de travail

Les installations sportives en milieu de travail peuvent aider les gens à être actifs physiquement. Dans le cadre de l'ESCC, on a sondé les résidents d'Ottawa, en 2007 et en 2008, sur l'accès à des installations sportives au travail, comme des endroits pour marcher ou faire du vélo, un gymnase, des vestiaires, des cours de conditionnement physique organisés ou du sport d'équipe récréatif.

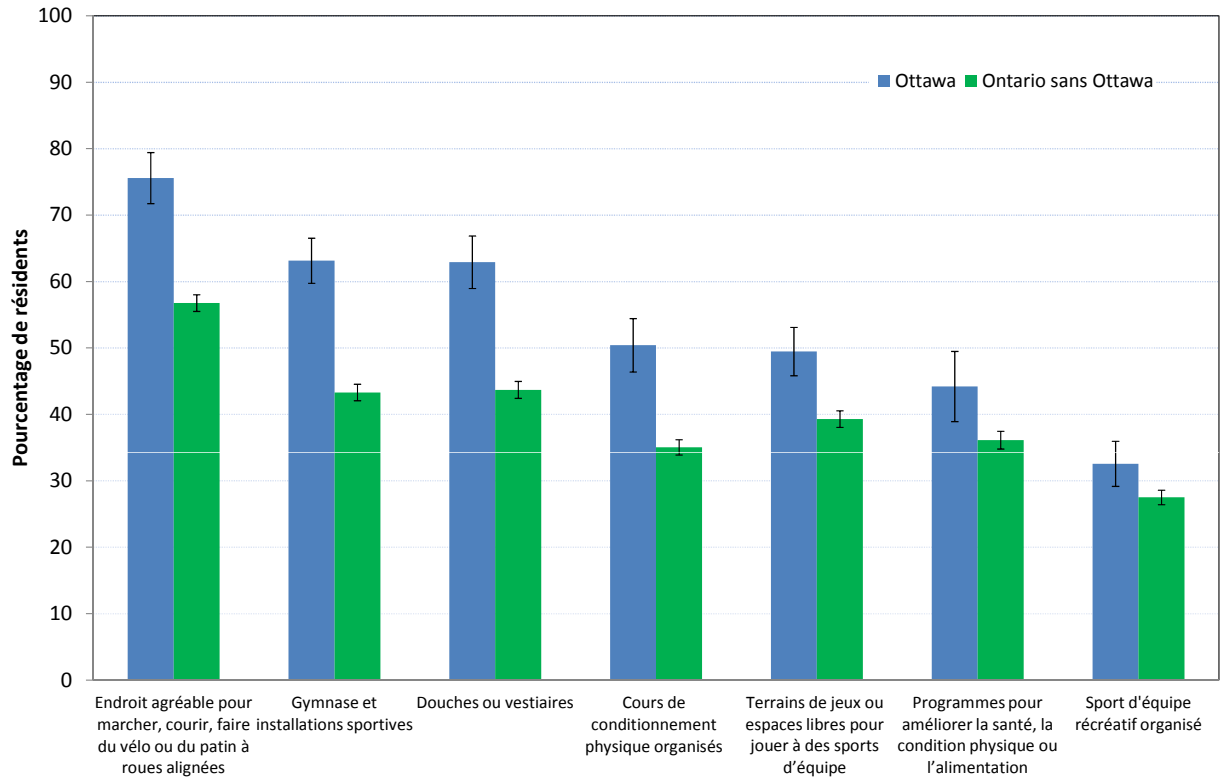
EN BREF...

- Les membres de la population active d'Ottawa (résidents âgés de 15 à 75 ans) avaient davantage accès à des installations sportives au travail ou à proximité de celui-ci que ceux du reste de l'Ontario.
- Aucune différence n'a été observée quant à l'accès aux installations pour l'activité physique selon le sexe ou le milieu de résidence (urbain ou rural).

Tableau 34 : Accès à des installations sportives en milieu de travail parmi la population active (résidents âgés de 15 à 75 ans) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2007-2008

Accès à des installations sportives en milieu de travail (population active, soit les résidents âgés de 15 à 75 ans) (2007-2008)	
Échantillon total	<p>Les trois quarts des répondants (75,6 % [71,7 %, 79,4 %]) ont affirmé qu'il y avait un endroit agréable pour marcher, courir ou faire du vélo à proximité de leur lieu de travail.</p> <p>Parmi les répondants, 63,1 % (59,7 %, 66,5 %) ont affirmé avoir accès à un gymnase ou à un centre de conditionnement physique au travail ou à proximité de celui-ci.</p> <p>Parmi les répondants, 62,9 % (58,9 %, 66,9 %) ont affirmé avoir accès à des douches ou à des vestiaires.</p> <p>Parmi les répondants, 50,4 % (46,4 %, 54,5 %) ont affirmé que des cours de conditionnement physique organisés étaient offerts au travail ou à proximité de celui-ci.</p> <p>Parmi les répondants, 50,0 % (45,7 %, 53,1 %) ont affirmé avoir accès à un terrain de jeux ou à des espaces libres pour jouer à des sports d'équipe au travail ou à proximité de celui-ci.</p> <p>Parmi les répondants, 32,6 % (29,1 %, 36,0 %) ont affirmé qu'il y avait des équipes sportives récréatives au travail ou à proximité de celui-ci.</p> <p>Parmi les répondants, 44,8 % (39,7 %, 49,9 %) ont affirmé que des programmes pour améliorer la santé, la condition physique ou l'alimentation étaient offerts au travail ou à proximité de celui-ci.</p>
Reste de l'Ontario	Il a été établi que les membres de la population active d'Ottawa avaient davantage accès à des installations sportives à leur travail que ceux du reste de l'Ontario.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)	
Sexe	Aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes.
Milieu urbain/rural	Aucune différence n'a été observée entre les répondants résidant en milieu urbain et ceux en milieu rural. À noter que le milieu de résidence (urbain ou rural) n'indique pas la zone dans laquelle se trouve le lieu de travail des répondants.

Graphique 29 : Pourcentage des membres de la population active (résidents de 15 à 75 ans) qui ont répondu avoir accès à des installations sportives au travail ou à proximité de celui-ci, ville d’Ottawa par rapport au reste de l’Ontario, 2007-2008



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Milieu récréatif de la ville d'Ottawa

Les mesures relatives au milieu récréatif comprennent les espaces verts (km²), les parcs (m²), les sentiers pédestres et les pistes cyclables (km) et les installations récréatives intérieures et extérieures (pour l'hiver et pour l'été). Les définitions des indicateurs du milieu récréatif sont celles du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord et ne sont indiquées que si les résidents ont accès aux installations en question gratuitement ou à faible coût. Les espaces verts gérés par la Ville ou par la Commission de la capitale nationale ont été inclus dans la variable « parcs », et les autres font partie de la variable « espaces verts ».

Les renseignements sur le milieu récréatif ont été fournis par l'EQQO (www.neighbourhoodstudy.ca) et recueillis en 2006. Dans le **tableau 34**, on a groupé les quartiers de la ville d'Ottawa en fonction de leur situation socioéconomique (SS). Les installations de loisirs de chaque quintile ont été classées d'abord en fonction de la densité des ressources (pour 1 000 personnes du quartier), puis du nombre total de ressources offertes dans chaque quartier. C'est la densité qui a été utilisée comme mesure prédominante, parce qu'elle représente la demande exercée sur les ressources à la lumière du nombre de résidents, ce que ne révèle pas un simple décompte des ressources. La densité constitue une bonne mesure pour les secteurs urbains (soit la plupart de ceux d'Ottawa), mais peut mener à une mauvaise classification des secteurs ruraux où il y a moins de résidents sur une même superficie et une distance importante entre les ménages et les ressources.

Voici les trois quartiers de la ville d'Ottawa, par type de ressources, dont la densité était la plus élevée en 2006 :

Espaces verts (km²)

- 1) Greenbelt : 32,1 km² pour 1 000 résidents (181 km²),
- 2) Riverside-Sud-Leitrim : 2,8 km² pour 1 000 résidents (20 km²),
- 3) Hunt Club-Aéroport d'Ottawa : 1,5 km² pour 1 000 résidents (6,4 km²).

Parcs (m²)

- 1) Fitzroy Harbour-West Carleton : 32 940,9 m² pour 1 000 résidents (3 745 784,4 m²),
- 2) Munster Hamlet-Richmond : 21 805,1 m² pour 1 000 résidents (2 565 395,5 m²),
- 3) Rockcliffe-Manor Park : 12 513,5 m² pour 1 000 résidents (654 221,9 m²).

Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)

- 1) Greenbelt : 24,9 km pour 1 000 résidents (140,8 km),
- 2) Industrial-Est : 4,5 km pour 1 000 résidents (37,1 km),
- 3) Merivale Gardens-Grenfell Glen-Pineglen-Country Place : 3,8 km pour 1 000 résidents (10,4 km).

Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)

- 1) Merivale Gardens-Grenfell Glen-Pineglen-Country Place : 1,1 pour 1 000 résidents (3 installations),
- 2) Bells Corners-Est et Cristal Bay-Lakeview Park : 0,7 pour 1 000 résidents (3 installations chacun),
- 3) Hunt Club Upper-Blossom Park-Timbermill : 0,6 pour 1 000 résidents (4 installations).

Installations de loisirs extérieures (pour l'été)

- 1) Merivale Gardens-Grenfell Glen-Pineglen-Country Place : 14,0 pour 1 000 résidents (38 installations),
- 2) Cumberland : 9,8 pour 1 000 résidents (44 installations),
- 3) Hunt Club Woods-Quintarra-Revelstoke : 8,9 pour 1 000 résidents (50 installations).

Installations de loisirs intérieures

- 1) Marché By : 0,7 pour 1 000 résidents (3 installations),
- 2) Basse-Ville : 0,6 pour 1 000 résidents (5 installations),
- 3) Metcalfe et Carleton Heights-Rideauview : 0,6 pour 1 000 résidents (4 installations chacun).

Nous présentons les quartiers figurant aux trois premiers rangs pour chaque type d'installation de loisirs, mais il est beaucoup plus ardu de cibler les trois derniers en raison du nombre élevé de quartiers qui n'ont pas d'installations de loisirs ou très peu de ressources.

Le quartier de Woodroffe-Lincoln Heights ne disposait d'**aucune** installation de loisirs (que ce soit intérieure ou extérieure, pour l'été ou pour l'hiver). Le quartier de Stittsville-Basswood présentait quant à lui la combinaison d'installations de loisirs la plus mauvaise. En effet, il n'avait aucune installation intérieure, aucune installation extérieure pour l'hiver, et seulement 13 installations extérieures pour l'été. Il offrait par ailleurs peu d'espaces verts, de parcs, de sentiers pédestres et de pistes cyclables.

Le quartier de Hunt Club Woods-Quintarra-Revelstoke présentait le pourcentage le plus élevé de résidents qui étaient très actifs ou modérément actifs, lequel s'élevait à 97 %, alors que le quartier de Bayshore avait le pourcentage le plus bas à ce titre, soit 43 %*.

De plus, le quartier de Glen Cairn-parc industriel Kanata-Sud présentait le pourcentage le plus élevé de résidents dont l'IMC était de 25 kg/m² et plus, soit 68 %, et le quartier de Rockcliffe-Manor Park avait quant à lui le pourcentage le plus faible de résidents faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité, soit 29 %*.

*=Interpréter avec prudence - échantillons hétéroclite.

Tableau 35 : Milieu récréatif par quartier selon les quintiles socioéconomiques, ville d'Ottawa, 2006

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 1 – Le plus favorisé																				
Beaverbrook	14	1,0	0,2	3	475 721,4	9 083,6	2	17,7	3,4	12	1	0,2	9	26	5,0	9E	1	0,2	41,9* ± 17,4	D.N.P.
Briar Green-Leslie Park	18	0,6	0,1	6	334 992,3	6 788,3	7	7,2	1,5	6E	2	0,4	16	17	3,4	11E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.
Bridlewood-Emerald Meadows	9	3,9	0,2	20	269 777,2	1 410,3	10	22,0	1,2	4	7	0,4	18	58	3,0	10E	1	0,1	50,4 ± 8,8	78,1 ± 7,6
Carp-Hardwood Plains	15	1,2	0,1	8	526 909,7	5 866,8	13	5,9	0,7	9E	3	0,3	6	47	5,2	2E	4	0,4	54,0 ± 9,8	78,9 ± 8,2
Hôpital Civic – Central Park	10	2,1	0,2	5	679 946,8	6 854,1	5	22,1	2,2	11E	2	0,2	15	36	3,6	11E	0	0,0	45,8 ± 12,7	76,0 ± 11,8
Glebe-Lac Dow	17E	0,7	0,1	15	364 923,8	3 341,8	11	13,5	1,2	14E	1	0,1	19	29	2,7	2E	4	0,4	33,7 ± 10,2	86,7 ± 7,7
Greely	6	4,6	0,4	12	456 045,1	3 904,1	15	6,9	0,6	9E	3	0,3	5	65	5,6	10E	1	0,1	60,0 ± 11,5	78,8 ± 11,1
Island Park	17E	0,7	0,1	17	114 133,5	2 209,8	6	8,7	1,7	6E	2	0,4	13	20	3,9	11E	0	0,0	42,9* ± 15,0	91,9 ± 8,8
Kanata Lakes : Marchwood Lakeside – Morgan's Grant – parc industriel Kanata-Nord	4	18,6	1,0	11	734 744,7	4 033,9	4	43,8	2,4	10	3	0,2	14	69	3,8	7	3	0,2	42,7 ± 11,2	78,9 ± 9,5



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Kars-Osgoode	16	0,9	0,1	9	395 087,2	4 903,7	18E	0,0	0,0	11E	2	0,2	12	35	4,3	8E	2	0,2	52,6 ± 13,0	81,8 ± 10,2
Manotick-North Gower	11	2,0	0,2	7	549 936,7	6 009,8	18E	0,0	0,0	2	5	0,5	4	55	6,0	8E	2	0,2	50,0 ± 12,3	89,3 ± 8,1
Merivale Gardens-Grenfell Glen-Pineglen-Country Place	2	4,2	1,5	4	240 347,4	8 839,6	1	10,4	3,8	1	3	1,1	1	38	14,0	3	1	0,4	D.N.P.	D.N.P.
Metcalfe	13	1,3	0,2	10	295 293,0	4 750,7	18E	0,0	0,0	3	3	0,5	2	44	7,1	1	4	0,6	48,1 ± 13,6	90,0 ± 8,3
Munster Hamlet-Richmond	8	3,0	0,3	1	2 565 395,5	21 805,1	9	15,7	1,3	8	4	0,3	3	73	6,2	8E	2	0,2	56,1 ± 12,0	82,8 ± 9,2
Navan-Vars	12	1,6	0,2	2	1 078 755,6	11 067,3	12	11,4	1,2	5	4	0,4	7	50	5,1	5	3	0,3	61,2 ± 9,4	79,8 ± 8,1
New Barrhaven-Stonebridge	5	14,7	0,7	13	804 654,2	3 772,8	14	13,4	0,6	13	3	0,1	17	69	3,2	11E	0	0,0	41,0 ± 9,6	78,4 ± 8,2
Orléans-Chapel Hill-Sud	3	7,9	1,4	18	93 776,2	1 686,2	3	18,1	3,3	6E	2	0,4	8	28	5,0	9E	1	0,2	52,2 ± 10,3	81,7 ± 8,4
Riverside-Sud-Leitrim	1	20,0	2,8	16	213 494,2	3 005,4	8	9,8	1,4	14E	1	0,1	11	33	4,6	6	2	0,3	36,0* ± 13,3	72,3 ± 12,8
Stittsville	7	5,3	0,3	14	577 866,1	3 735,4	17	3,3	0,2	7	5	0,3	10	76	4,9	4	5	0,3	51,5 ± 9,7	93,1 ± 5,3
Stittsville-Basswood	19	0,2	0,0	19	123 860,6	1 569,5	16	3,0	0,4	15	0	0,0	20	13	1,6	11E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 2																				
Barhaven	15	0,8	0,0	15	336 447,0	1 879,3	11	18,7	1,0	11	4	0,2	13	58	3,2	7E	1	0,1	53,8 ± 9,0	73 ± 8,3
Chapman Mills-Rideau Crest-Davidson Heights	4	5,0	0,3	17	84 245,5	571,2	15	5,5	0,4	15	1	0,1	17	27	1,8	7E	1	0,1	52,9 ± 11,7	75,8 ± 10,3
Cumberland	12	0,6	0,1	2	364 437,2	8 093,6	16E	0,0	0,0	13	1	0,2	1	44	9,8	5E	1	0,2	59,6 ± 10,2	81,0 ± 8,6
Fitzroy Harbour-West Carleton	5	3,8	0,3	1	3 745 784,4	32 940,9	16E	0,0	0,0	3	5	0,4	6	54	4,7	2E	3	0,3	D.N.P.	D.N.P.
Glen Cairn-parc industriel Kanata-Sud	6	2,3	0,3	5	341 218,6	4 332,7	1	20,8	2,6	9E	2	0,3	5	38	4,8	3	2	0,3	68,0 ± 12,9	78,3 ± 11,9
Hunt Club Woods-Quintarra-Revelstoke	1	3,6	0,6	6	204 238,6	3 615,6	4	11,4	2,0	6E	2	0,4	2	50	8,9	8E	0	0,0	42,1* ± 15,7	96,7 ± 6,4
Katimavik-Hazeldean	7	2,5	0,2	10	388 498,0	2 633,9	6	24,9	1,7	12	3	0,2	9	62	4,2	7E	1	0,1	43,0 ± 10,5	80,3 ± 8,9
Orléans Avalon-Notting Gate-Fallingbrook-Gardenway South	3	12,5	0,4	14	588 784,9	1 895,8	12	28,4	0,9	14	3	0,1	16	64	2,1	6	3	0,1	51,1 ± 6,6	80,3 ± 5,4



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Orléans-Chapel Hill	10E	1,2	0,1	11	222 198,8	2 598,7	13	7,8	0,9	5	3	0,4	14	27	3,2	8E	0	0,0	46,4 ± 10,7	78,2 ± 9,2
Orléans Chatelaine Village	2	2,2	0,5	3	311 131,2	6 659,9	5	8,3	1,8	6E	2	0,4	4	24	5,1	5E	1	0,2	D.N.P.	D.N.P.
Orléans-Nord-Ouest	8	1,8	0,2	4	577 749,6	5 185,7	3	22,2	2,0	8	3	0,3	10	46	4,1	8E	0	0,0	56,7 ± 9,5	76,5 ± 8,4
Orléans-Queenswood Heights	10E	1,2	0,1	13	274 254,1	2 038,8	8	17,2	1,3	7	4	0,3	12	45	3,3	7E	1	0,1	56,4 ± 9,3	82,9 ± 7,2
Orléans Village-Chateaufort	16	0,6	0,0	12	314 891,1	2 438,9	9	15,3	1,2	1	6	0,5	7	59	4,6	7E	1	0,1	60,5 ± 6,9	77,6 ± 6,0
Ottawa-Sud	11	0,7	0,1	7	290 994,6	3 569,2	7	12,7	1,6	2	4	0,5	3	49	6,0	1	3	0,4	D.N.P.	D.N.P.
Playfair Park-Lynda Park-Guildwood Estates	13	0,5	0,1	9	192 780,6	3 191,0	14	3,7	0,6	9E	2	0,3	15	16	2,6	8E	0	0,0	39,1* ± 14,1	85,7 ± 11,6
Rothwell Heights-Beacon-Hill-Nord	9	1,5	0,1	8	341 338,6	3 310,3	2	24,0	2,3	4	4	0,4	8	46	4,5	2E	3	0,3	44,6 ± 10,7	81,3 ± 9,6
Trend-Arlington	14	0,3	0,1	16	61 144,7	1 560,7	10	4,6	1,2	10	1	0,3	11	15	3,8	4	1	0,3	D.N.P.	D.N.P.



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 3																				
Bells Comers-Est	2	3,4	0,7	4	223 960,6	4 967,0	7	6,7	1,5	1	3	0,7	1	32	7,1	2	2	0,4	46,9* ± 17,3	D.N.P.
Bells Comers-Ouest	7	1,4	0,3	15	56 008,0	1 275,2	13	4,4	1,0	8E	1	0,2	16	9	2,0	5E	1	0,2	48,4* ± 17,6	D.N.P.
Blackburn Hamlet	5	2,5	0,3	13	172 643,1	2 032,5	9	12,2	1,4	7E	2	0,2	11	29	3,4	4E	2	0,2	57,4 ± 12,4	78,2 ± 10,9
Carlingwood West-Glabar Park-McKellar Heights	16	0,1	0,0	16	66 066,4	1 246,8	16	2,1	0,4	8E	1	0,2	12	18	3,4	7E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.
Centrepointe	10	0,9	0,1	9	218 628,8	2 994,9	10	8,8	1,2	6E	2	0,3	15	15	2,1	7E	0	0,0	40,9* ± 14,5	80,0 ± 12,4
Greenbelt	1	181,8	32,1	3	385 947,9	6 811,0	1	140,8	24,9	8E	1	0,2	3	31	5,5	5E	1	0,2	D.N.P.	D.N.P.
Hunt Club Park	12	0,5	0,1	11	148 277,5	2 084,6	17	2,5	0,3	6E	2	0,3	8	26	3,7	7E	0	0,0	50,0 ± 14,8	74,4 ± 13,7
Hunt Club Upper-Blossom Park-Timbermill	3	2,7	0,4	12	149 618,2	2 071,7	11	7,0	1,0	2	4	0,6	7	32	4,4	6E	1	0,1	48,9 ± 14,6	85,7 ± 10,6
Laurentian	15	0,2	0,0	14	157 456,9	1 654,5	15	7,1	0,7	5	3	0,3	10	32	3,4	6E	1	0,1	41,8 ± 11,8	80,7 ± 10,2
Lindenlea-New Edinburgh	13E	0,4	0,1	6	210 931,8	4 015,5	12	5,4	1,0	4E	2	0,4	14	15	2,9	5E	1	0,2	34,0* ± 13,5	81,1 ± 12,6



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Marché By	14	0,3	0,1	8	144 714,1	3 198,4	14	4,0	0,9	8E	1	0,2	17	8	1,8	1	3	0,7	40,0* ± 14,3	84,4 ± 12,6
Orléans-Centre	13E	0,4	0,1	5	148 239,0	4 282,8	2	10,5	3,0	3	2	0,6	2	22	6,4	3	1	0,3	56,3 ± 17,2	D.N.P.
Riverside Park	4	2,0	0,4	2	472 811,0	10 255,1	3	13,2	2,9	8E	1	0,2	4	24	5,2	5E	1	0,2	D.N.P.	D.N.P.
Rockcliffe-Manor Park	6	1,7	0,3	1	654 221,9	12 513,5	5	10,0	1,9	4E	2	0,4	9	19	3,6	5E	1	0,2	28,9* ± 14,4	88,9 ± 10,3
Tanglewood	8	1,0	0,2	17	54 842,9	1 120,3	4	11,0	2,3	8E	1	0,2	13	16	3,3	5E	1	0,2	D.N.P.	D.N.P.
Westboro	11	0,8	0,1	10	257 641,1	2 729,8	8	13,0	1,4	7E	2	0,2	6	42	4,5	4E	2	0,2	38,7 ± 12,1	67,3 ± 12,4
Woodvale-Craig Henry-Manordale-Estates of Arlington Woods	9	1,1	0,1	7	284 825,8	3 280,4	6	14,9	1,7	7E	2	0,2	5	41	4,7	7E	0	0,0	59,0 ± 12,3	78,8 ± 11,1



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Quintile socioéconomique 4																				
Beacon Hill-Sud-Cardinal Heights	14E	0,3	0,0	7	204 548,9	2 962,8	7	6,9	1,0	3E	3	0,4	2	43	6,2	4	2	0,3	51,2 ± 14,9	84,4 ± 12,6
Billings Bridge-Alta Vista	4	1,9	0,2	4	535 257,9	4 533,8	5	13,9	1,2	5	3	0,3	4	46	3,9	9E	0	0,0	53,7 ± 10,8	76,5 ± 10,1
Borden Farm-Stewart Farm-Parkwood Hills-Fisher Glen	13E	0,4	0,0	8	279 071,4	2 742,2	12	7,1	0,7	7E	2	0,2	13	22	2,2	9E	0	0,0	41,8 ± 11,8	83,0 ± 10,1
Braemar Park-Bel Air Heights-Copeland Park	9E	0,6	0,1	2	441 221,8	5 967,3	3	11,3	1,5	6E	2	0,3	9	24	3,2	9E	0	0,0	48,1 ± 13,6	82,5 ± 11,8
Carleton Heights-Rideauview	9E	0,6	0,1	16	71 646,7	1 127,6	10	5,0	0,8	6E	2	0,3	15	13	2,0	1	4	0,6	42,6* ± 14,1	75,0 ± 14,1
Carson Grove-Carson Meadows	5	1,3	0,2	14	117 518,2	1 463,2	13	6,0	0,7	3E	3	0,4	10	22	2,7	9E	0	0,0	49,3 ± 11,6	80,7 ± 10,2
Centre-Ville	12	0,5	0,0	18	112 066,3	463,6	11	16,3	0,7	9	2	0,1	17	21	0,9	5	4	0,2	38,9 ± 10,1	82,9 ± 8,1
Cityview-Skyline-Fisher Heights	14E	0,3	0,0	13	105 164,7	1 675,3	17	3,4	0,5	8E	1	0,2	6	24	3,8	9E	0	0,0	63,4 ± 14,7	75,0 ± 14,1



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Crestview-Meadowlands	15	0,2	0,0	17	83 943,7	985,5	6	8,6	1,0	11E	0	0,0	8	28	3,3	8E	1	0,1	57,4 ± 13,2	75,0 ± 12,3
Crystal Bay-Lakeview Park	2	4,0	1,0	1	277 492,6	6 692,7	2	8,9	2,2	1	3	0,7	3	24	5,8	2	2	0,5	53,6 ± 10,7	86,2 ± 8,4
Elmvale–Eastway–Riverview–Riverview Park-Ouest	7	1,3	0,1	9	399 650,1	2 633,1	15	9,7	0,6	4	4	0,3	7	51	3,4	3	5	0,3	47,6 ± 9,6	78,7 ± 8,5
Greenboro-Est	8	1,2	0,1	10	247 054,4	2 584,1	18	4,0	0,4	10E	1	0,1	5	37	3,9	8E	1	0,1	57,4 ± 14,1	82,6 ± 11,0
Hunt Club-Est–Communauté de l'Ouest	3	2,3	0,3	11	168 280,2	1 965,3	14	5,9	0,7	7E	2	0,2	11	21	2,5	8E	1	0,1	48,1 ± 13,6	73,8 ± 13,3
Hunt Club-Aéroport d'Ottawa	1	6,4	1,5	3	215 462,5	4 914,0	9	4,4	1,0	8E	1	0,2	16	7	1,6	9E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.
Ottawa-Est	11	0,3	0,1	5	176 515,0	3 619,0	4	6,5	1,3	11E	0	0,0	12	12	2,5	7	1	0,2	32,9 ± 10,4	90,1 ± 6,9
Pineview	10	0,4	0,1	6	196 145,1	3 524,2	8	5,8	1,0	2	3	0,5	1	39	7,0	9E	0	0,0	41,0* ± 15,4	85,3 ± 11,9
Sandy Hill–Ottawa-Est	13E	0,4	0,0	15	131 481,7	1 208,6	16	6,0	0,6	10E	1	0,1	14	23	2,1	6	2	0,2	38,1 ± 10,4	81,8 ± 8,6
Woodroffe-Lincoln Heights	6	0,7	0,2	12	75 868,0	1 741,6	1	11,2	2,6	11E	0	0,0	18	0	0,0	9E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs	
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000			
Quintile socioéconomique 5 – Le plus défavorisé sur le plan socioéconomique																					
Basse-Ville	12E	0,2	0,0	15	95 623,6	1 171,1	15	3,6	0,4	11E	1	0,1	17	15	1,8	1	5	0,6	37,7* ± 13,1	86,7 ± 9,9	
Bayshore	10	0,4	0,1	10	154 783,4	1 965,0	10	6,3	0,8	11E	1	0,1	13	18	2,3	8E	1	0,1	56,3 ± 17,2	43,3* ± 17,7	
BFC Rockcliffe-CNR	2	3,4	0,6	8	114 987,4	2 132,7	2	12,9	2,4	12E	0	0,0	15	12	2,2	9E	0	0,0	47,8 ± 11,8	59,2 ± 13,8	
Carlington	11E	0,4	0,0	7	234 268,4	2 317,9	11	7,4	0,7	5E	4	0,4	9	29	2,9	4	3	0,3	52,3 ± 12,1	64,4 ± 12,2	
Centre-Ville Ouest	13E	0,1	0,0	19	24 973,6	209,0	14	5,3	0,4	9E	2	0,2	12	30	2,5	6E	2	0,2	39,1* ± 14,1	81,0 ± 11,9	
Cummings	5	1,1	0,1	9	183 720,9	2 124,0	6	9,8	1,1	2	4	0,5	3	37	4,3	8E	1	0,1	35,1* ± 12,4	71,4 ± 12,6	
Emerald Woods-Sawmill Creek	4E	1,0	0,2	13	67 686,2	1 319,2	12	3,4	0,7	1	3	0,6	10	15	2,9	9E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.	
Hawthorne Meadows-Sheffield Glen	13E	0,1	0,0	17	41 556,6	642,7	16	1,7	0,3	8	2	0,3	14	14	2,2	9E	0	0,0	51,4 ± 16,1	83,3 ± 13,3	
Hintonburg-Mechanicsville	11E	0,4	0,0	18	57 210,5	599,6	13	5,9	0,6	11E	1	0,1	8	29	3,0	6E	2	0,2	41,2* ± 13,5	87,2 ± 9,5	
Industrial-Est	1	4,9	0,6	12	123 045,7	1 490,2	1	37,1	4,5	9E	2	0,2	19	11	1,3	9E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.	
Iris	9	0,5	0,1	4	224 601,6	3 295,4	5	7,9	1,2	6	3	0,4	2	32	4,7	8E	1	0,1	42,9* ± 16,4	D.N.P.	



Au premier rang du quintile socioéconomique



Au deuxième rang du quintile socioéconomique



Au troisième rang du quintile socioéconomique

Quartier	Espaces verts (km ²)			Parcs (m ²)			Sentiers pédestres et pistes cyclables (km)			Installations de loisirs extérieures (pour l'hiver)			Installations de loisirs extérieures (pour l'été)			Installations de loisirs intérieures			% Embonpoint ou obésité (IMC > 25,0; IC de ± 95 %)	% Très actifs ou modérément actifs
	Rang	km ²	/1 000	Rang	m ²	/1 000	Rang	km	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000	Rang	Nombre	/1 000		
Ledbury–Heron Gate–Ridgemont–Elmwood	7	0,7	0,1	6	331 838,4	2 431,3	17	2,0	0,1	4	5	0,4	6	43	3,2	5	3	0,2	38,2* ± 12,8	78,0 ± 11,5
Overbrook Ouest–McArthur	8E	0,6	0,1	5	292 974,6	2 555,7	7	11,1	1,0	7	3	0,3	7	36	3,1	6E	2	0,2	57,1 ± 8,6	77,5 ± 8,1
Qualicum–Redwood Park	8E	0,6	0,1	2	257 754,9	5 969,1	8	4,5	1,0	3	2	0,5	1	24	5,6	7	1	0,2	D.N.P.	D.N.P.
South Keys–Heron Gate–Greenboro–Ouest	4E	1,0	0,2	16	49 247,2	1 055,3	3	7,0	1,5	10	1	0,2	16	9	1,9	9E	0	0,0	D.N.P.	D.N.P.
Vanier-Nord	12E	0,2	0,0	11	127 779,3	1 544,8	18	0,8	0,1	9E	2	0,2	11	22	2,7	9E	0	0,0	52,5 ± 9,8	78,6 ± 8,8
Vanier-Sud	13E	0,1	0,0	14	88 349,8	1 252,8	19	0,6	0,1	12E	0	0,0	18	11	1,6	2	4	0,6	61,7 ± 10,6	72,1 ± 10,7
Village de Britannia	3	1,3	0,2	1	476 298,1	6 101,4	4	9,2	1,2	12E	0	0,0	4	32	4,1	3	4	0,5	D.N.P.	D.N.P.
Whitehaven–Queensway Terrace-Nord	6	0,8	0,1	3	395 045,6	3 479,1	9	9,0	0,8	5E	4	0,4	5	39	3,4	6E	2	0,2	39,0 ± 10,9	66,1 ± 12,4

Source : Données relatives aux quartiers : *Étude de quartiers d'Ottawa* (2006); données relatives à l'IMC : *Système de surveillance rapide des facteurs de risque* (2003-2007); données relatives à l'activité physique : *Système de surveillance rapide des facteurs de risque* selon l'International Physical Activity Questionnaire (2003-2007).

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; IMC : indice de masse corporelle; IC : intervalle de confiance; D.N.P. : données non publiables, E : égalité.

Au premier rang du quintile socioéconomique
 Au deuxième rang du quintile socioéconomique
 Au troisième rang du quintile socioéconomique



CHAPITRE 4 Poids santé



4. POIDS SANTÉ

Au cours des dernières décennies, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a augmenté chez les adultes et les enfants du Canada.⁷⁸ L'embonpoint et l'obésité ont des conséquences claires sur la santé publique. Les comorbidités associées à un surpoids comprennent l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les coronaropathies, les accidents cérébrovasculaires, les maladies vésiculaires, l'arthrose, l'apnée du sommeil, les problèmes respiratoires et certains types de cancer (de l'endomètre, du sein, de la prostate et du colon).^{78, 79} L'obésité peut également entraîner des complications de grossesse, des menstruations irrégulières, des accidents cérébrovasculaires, de la cellulite, l'impotence, des lombalgies et la dépression.^{79, 80}

Il est important de maintenir un poids santé pour réduire les risques de plusieurs maladies chroniques et de mortalité prématurée, tout comme pour améliorer sa qualité de vie. La présente section traite de diverses mesures d'un poids santé, notamment l'IMC autodéclaré des adolescents et des adultes, l'image corporelle, les intentions en matière de poids corporel et le tour de taille autodéclaré des adultes. Lorsqu'il était possible et approprié de le faire, l'information actuellement disponible relative à la ville d'Ottawa a été analysée. À noter toutefois que les mesures énoncées dans le présent rapport ne constituent pas une liste exhaustive des facteurs importants en matière de poids santé.

Classification canadienne de l'embonpoint et de l'obésité

L'indice de masse corporelle (IMC) est un outil courant qui permet de classer les personnes par niveau de risques pour la santé en fonction de leur poids corporel. Un IMC correspondant à la catégorie « poids insuffisant », « excès de poids » ou « obésité » est associé à différentes répercussions néfastes sur la santé. Pour calculer l'IMC, il faut diviser le poids corporel (en kilogrammes) par la taille (en mètres carrés) de la personne (kg/m²). Le **tableau 35** présente un résumé des *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes* au moyen de l'IMC. Ce système est utilisé pour les adultes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes et de celles qui allaitent. Il convient de préciser que ce système de classification peut mener à une sous-estimation ou au contraire, à une surestimation des risques pour la santé de certains adultes, par exemple ceux qui ont une masse musculaire importante et qui sont très minces, les jeunes adultes encore en croissance, les personnes de 65 ans et plus ainsi que les membres de certains groupes ethniques.

Tableau 36 : Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m ²)	Risque pour la santé
Poids insuffisant	< 18,5	Risque accru de développer des problèmes de santé
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre risque de développer des problèmes de santé

Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m ²)	Risque pour la santé
Excès de poids	25,0 – 29,9	Risque accru de développer des problèmes de santé
Obésité Classe I	30,0 – 34,9	Risque élevé de développer des problèmes de santé
Obésité Classe II	35,0 – 39,9	Risque très élevé de développer des problèmes de santé
Obésité Classe III	≥ 40,0	Risque extrêmement développer des problèmes de santé

Source : Santé Canada. *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2003.

Remarque : Dans le cas des personnes de 65 ans et plus, l'intervalle « normal » de l'IMC peut s'étendre à partir d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle de l'« excès de poids ».

L'IMC est une mesure de la masse corporelle totale par rapport à la taille qui ne permet pas de déterminer le taux de gras, lesquels jouent un rôle sur les différentes comorbidités et la mortalité prématurée. Par conséquent, il convient de prendre en considération un autre indicateur, à savoir le tour de taille. Cette mesure sert à cibler les risques pour la santé associés à un surplus de gras abdominal. Le [tableau 36](#) présente la classification du niveau de risque pour la santé en fonction du tour de taille, telle qu'établie par Santé Canada.

Tableau 37 : Classification du risque pour la santé en fonction du tour de taille

Sexe	Tour de taille	Risque pour la santé [§]
Femme	≥ 88 cm (35 po)	Risque accru de problèmes de santé
Homme	≥ 102 cm (40 po)	Risque accru de problèmes de santé

Source : Santé Canada. *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2003.

[§]Le risque concerne les hommes dont le tour de taille est supérieur à 102 cm et les femmes dont le tour de taille est supérieur à 88 cm.

Indice de masse corporelle et tour de taille autodéclarés et mesurés

Tout comme pour les données sur l'activité physique, la majorité des mesures des Canadiens relatives à la masse corporelle ont été autodéclarées. L'ensemble des résultats figurant dans la section « Poids santé » sont fondés sur l'IMC (taille par rapport au poids) et le tour de taille que les résidents d'Ottawa ont indiqués. L'un des biais associés à l'IMC autodéclaré est que les gens ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, ce qui fait en sorte que les estimations de la prévalence de l'obésité sont inférieures aux données mesurées.⁸¹ Selon une étude de l'ESCC de 2005, la prévalence de l'obésité est supérieure aux données mesurées de neuf points de pourcentage chez les hommes et de six points chez les femmes (sept points de pourcentage dans l'ensemble). La prévalence de l'embonpoint était quant à elle supérieure de près de un point de pourcentage chez les hommes et de trois points chez les femmes.⁸²

Comme les données relatives à l'IMC autodéclaré présentent souvent des résultats inférieurs aux taux d'embonpoint et d'obésité réels (mesurés directement)⁸¹, il est important d'interpréter ces conclusions avec prudence et de comprendre que la proportion de la population qui est considérée comme faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité selon les données autodéclarées est probablement inférieure à la proportion réelle.

Indice de masse corporelle chez les jeunes

Les enfants qui font de l'embonpoint ou qui souffrent d'obésité sont davantage susceptibles que ceux ayant un poids santé de connaître des soucis de santé, tels que l'hypertension artérielle, l'intolérance au glucose et des problèmes orthopédiques, mais aussi des problèmes relatifs à l'assentiment collectif, à l'image corporelle et à l'estime de soi.⁸³ De plus, les personnes souffrant d'obésité pendant leur enfance sont davantage à risque de faire de l'embonpoint ou de souffrir d'obésité à l'âge adulte.⁸³ Dans le cadre du *Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario*, en 2009 et en 2011, on a demandé aux élèves de la 7^e à la 12^e année d'indiquer leur taille et leur poids. Leur IMC a été classé au moyen des tableaux de référence sur la croissance de 2007, par âge et par sexe, de l'Organisation mondiale de la Santé, lesquels permettent de déterminer si une personne fait de l'embonpoint ou souffre d'obésité en fonction de son IMC.⁸⁴

EN BREF...

- La majorité (76 %) des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont indiqué ne pas faire d'embonpoint, ni souffrir d'obésité.
- Un élève d'Ottawa sur cinq (21 %) de la 7^e à la 12^e année a *indiqué* qu'il faisait de l'embonpoint ou souffraient d'obésité.
- En 2009, les élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année étaient **moins nombreux** que ceux du reste de l'Ontario à se dire obèses.
- En 2009, les élèves de la 9^e à la 12^e année étaient plus nombreux que ces de la 7^e et de la 8^e année à indiquer faire de l'embonpoint ou à être obèse.
- Le taux d'élèves immigrants ayant indiqué faire de l'embonpoint était **plus élevé** que celui des non-immigrants.
- Les élèves dont la langue parlée à la maison est autre que l'anglais ou le français étaient plus nombreux à faire de l'embonpoint que ceux qui parle l'anglais seulement.
- Certains éléments indiquent que les femmes et les élèves qui sont plus actifs seraient plus nombreux à ne pas faire de l'embonpoint, ni à être obèse; d'autres données sont toutefois nécessaires afin de confirmer que ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à la catégorie d'IMC selon le niveau socioéconomique familial ou la scolarité des parents.

Tableau 38 : Indice de masse corporelle des élèves (7e à 12e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

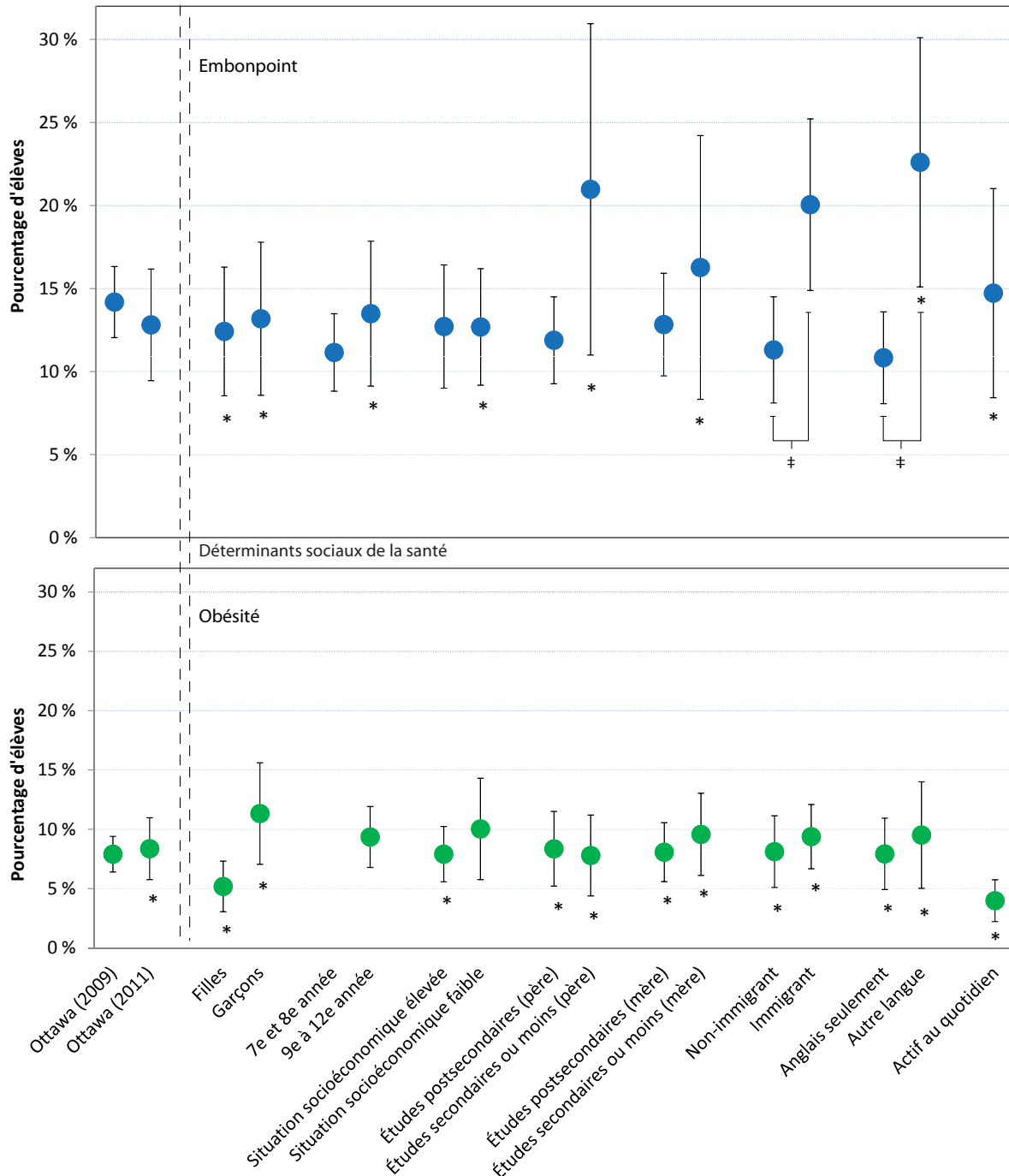
	Indice de masse corporelle chez les élèves (7e à 12e année) en 2011	Tendances en matière d'indice de masse corporelle (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	<p>La majorité (76,3 % [70,2 %, 81,5 %]) des élèves d'Ottawa ont indiqué ne pas faire d'embonpoint, ni souffrir d'obésité.</p> <p>De plus, des élèves ont répondu faire de l'embonpoint dans une proportion de 12,8 % (9,5 %, 17,1 %), et souffrir d'obésité dans une proportion de 8,4 %* (5,8 %, 12,0 %).</p> <p>Finalement, 2,5 %* (1,4 %, 4,4 %) des élèves n'ont pas indiqué leur IMC.</p>	<p>De même, la majorité (70,1 % [67,3 %, 72,8 %]) des élèves d'Ottawa ont répondu en 2009 ne pas faire d'embonpoint, ni souffrir d'obésité.</p> <p>De plus, des élèves ont répondu faire de l'embonpoint dans une proportion de 14,2 % (12,1 %, 16,6 %), et souffrir d'obésité dans une proportion de 7,9 % (6,4 %, 9,7 %).</p> <p>Finalement, 7,8 % (5,8 %, 10,4 %) des élèves n'ont pas indiqué leur IMC.</p>
Ontario sans Ottawa	Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.	En 2009, la proportion d'élèves obèses était plus élevée dans le reste de l'Ontario qu'à Ottawa (10,8 % [10,0 %, 11,8 %] contre 7,9 % [6,4 %, 9,7 %]).
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Certains éléments montrent que les filles seraient plus nombreuses que les garçons à ne pas faire d' embonpoint et à ne pas souffrir d' obésité ; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative (81,1 % [76,7 %, 84,9 %] contre 71,9 % [62,9 %, 79,4 %]).	<p>De même, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à ne pas faire d'embonpoint et à ne pas souffrir d'obésité; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative (74,3 % [69,5 %, 78,5 %] contre 66,2 % [62,9 %, 69,4 %]).</p> <p>Une différence non significative a été observée : les garçons étaient plus nombreux que les filles à faire de l'embonpoint (16,7 % [13,7 %, 20,2 %] contre 11,5 % [8,8 %, 14,9 %]) ou à souffrir d'obésité (10,4 % [8,1 %, 13,4 %] contre 5,2 % [3,2 %, 8,2 %]).</p>
Années scolaires	Aucune différence quant aux catégories d'IMC n'a été observée entre les élèves de la 7 ^e et de la 8 ^e année et ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année.	Moins d'élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année que ceux de la 7 ^e et de la 8 ^e année faisaient de l' embonpoint ou souffraient d' obésité (74,3 % [70,8 %, 77,5 %] contre 60,4 % [55,4 %, 65,3 %]).

	Indice de masse corporelle chez les élèves (7 ^e à 12 ^e année) en 2011	Tendances en matière d'indice de masse corporelle (2009 par rapport à 2011)
Situation socioéconomique familiale	Aucune différence quant aux catégories d'IMC n'a été observée entre les élèves de situation socioéconomique élevée et ceux de situation socioéconomique faible.	Ces données ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Aucune différence quant aux catégories d'IMC n'a été observée selon la scolarité du père.	Aucune différence quant aux catégories d'IMC n'a été observée selon la scolarité du père.
Scolarité de la mère	Aucune différence quant aux catégories d'IMC n'a été observée selon la scolarité de la mère.	Aucune différence quant aux catégories d'IMC n'a été observée selon la scolarité de la mère.
Statut d'immigrant	<p>Les non-immigrants (78,5 % [71,7 %, 84,0 %]) étaient plus nombreux à ne pas faire d'embonpoint et à ne pas souffrir d'obésité que les immigrants (65,8 % [58,8 %, 72,1 %]).</p> <p>Les immigrants (20,1 % [14,9 %, 26,5 %]) étaient plus nombreux à faire de l'embonpoint que les non-immigrants (11,3 % [8,1 %, 15,6 %]).</p>	Une différence non significative a été observée en 2009 : les non-immigrants étaient plus nombreux à souffrir d' obésité que les immigrants (8,2 % [6,6 %, 10,2 %] contre 4,9 %* [3,2 %, 7,4 %]).

	Indice de masse corporelle chez les élèves (7e à 12e année) en 2011	Tendances en matière d'indice de masse corporelle (2009 par rapport à 2011)
Langue parlée à la maison	<p>Une différence, non significative mais intéressante, a été observée : les élèves qui ont indiqué parler anglais seulement à la maison (79,0 % [73,2 %, 83,8 %]) ou anglais et français (83,3 % [67,6 %, 92,2 %]) étaient plus nombreux à ne pas faire d'embonpoint et à ne pas souffrir d'obésité que ceux qui parlaient une langue autre que l'anglais ou le français (63,4 % [53,6 %, 72,3 %]). De plus, les élèves qui ont indiqué parler anglais ou français à la maison (83,3 % [67,6 %, 92,2 %]) étaient aussi plus nombreux que ceux qui parlent une autre langue à la maison à ne pas faire d'embonpoint et à n'être pas obèse.</p> <p>Une différence non significative a été observée : les élèves qui ont indiqué parler à la maison une langue autre que l'anglais ou le français (22,6 %* [15,1 %, 32,4 %]) étaient plus nombreux à faire de l'embonpoint que ceux qui parlaient seulement anglais (10,8 % [8,1 %, 14,4 %]).</p>	<p>Une différence non significative a été observée : les élèves qui ont indiqué parler une langue autre que l'anglais ou le français (18,5 % [15,0 %, 22,6 %]) étaient plus nombreux que ceux qui parlaient anglais seulement (11,7 % [9,5 %, 14,3 %]) à faire de l'embonpoint.</p>
Niveau d'activité physique	<p>Aucune différence n'a été observée selon le niveau d'activité physique.</p>	<p>Les élèves qui ont indiqué faire de l'activité physique de quatre à six fois par semaine (75,4 % [69,0 %, 80,9 %]) étaient plus nombreux que les élèves inactifs (62,6 % [54,1 %, 70,3 %]) à indiquer ne pas faire d'embonpoint, ni souffrir d'obésité; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.</p>

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 30 : Pourcentage d'élèves de la 7e à la 12e année qui ont indiqué faire de l'embonpoint ou souffrir d'obésité en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSO 2009 et 2011 – *Surveillance des facteurs de risque en Ontario*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
 * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes.
 Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Image corporelle chez les jeunes

L'image corporelle est la perception mentale qu'une personne se fait de son corps, soit l'image qu'elle projette, ce qu'elle en pense et comment elle se sent par rapport à celle-ci. Les personnes qui ont une image corporelle négative sont davantage à risque d'adopter des comportements malsains de contrôle du poids, comme les régimes et la frénésie alimentaire⁸⁵, ainsi que de souffrir d'anxiété, de faire une dépression et d'avoir une faible estime de soi.⁸⁶ Dans le cadre du SCDSEO en 2009 et en 2011, on a demandé aux élèves de la 7^e à la 12^e année comment ils se sentaient par rapport à leur poids. Ils devaient indiquer s'ils se trouvaient : 1) trop mince (poids insuffisant), 2) près d'un poids adéquat ou 3) trop gros (embonpoint).

EN BREF...

- La majorité (72 %) des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont répondu que leur poids était adéquat.
- Plus d'un élève sur quatre (28 %) à Ottawa de la 7^e à la 12^e année se sont dit **trop minces** ou **trop gros**.
- En 2009, les élèves de la 7^e à la 12^e année d'Ottawa ont été plus nombreux que ceux du reste de l'Ontario à répondre que leur poids était adéquat.
- Les élèves de la 7^e à la 12^e année qui faisaient de l'embonpoint ou souffraient d'obésité ont été plus nombreux que les autres à indiquer qu'ils se trouvaient **trop gros**.
- Certains éléments indiquent que les filles seraient plus nombreuses à se dire **trop grosses**; les élèves de niveau socioéconomique élevés, celles dont les mères avaient une éducation postsecondaire, puis celles qui étaient plus actives seraient plus nombreuses à répondre que leur poids était **adéquat**. Cependant, des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer que ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative quant à l'image corporelle n'a été observée selon l'année scolaire, la situation socioéconomique familiale, la scolarité des parents, le statut d'immigrant ou la langue parlée à la maison.

Tableau 39 : Perceptions de l'image corporelle chez les élèves (7^e à 12^e année) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

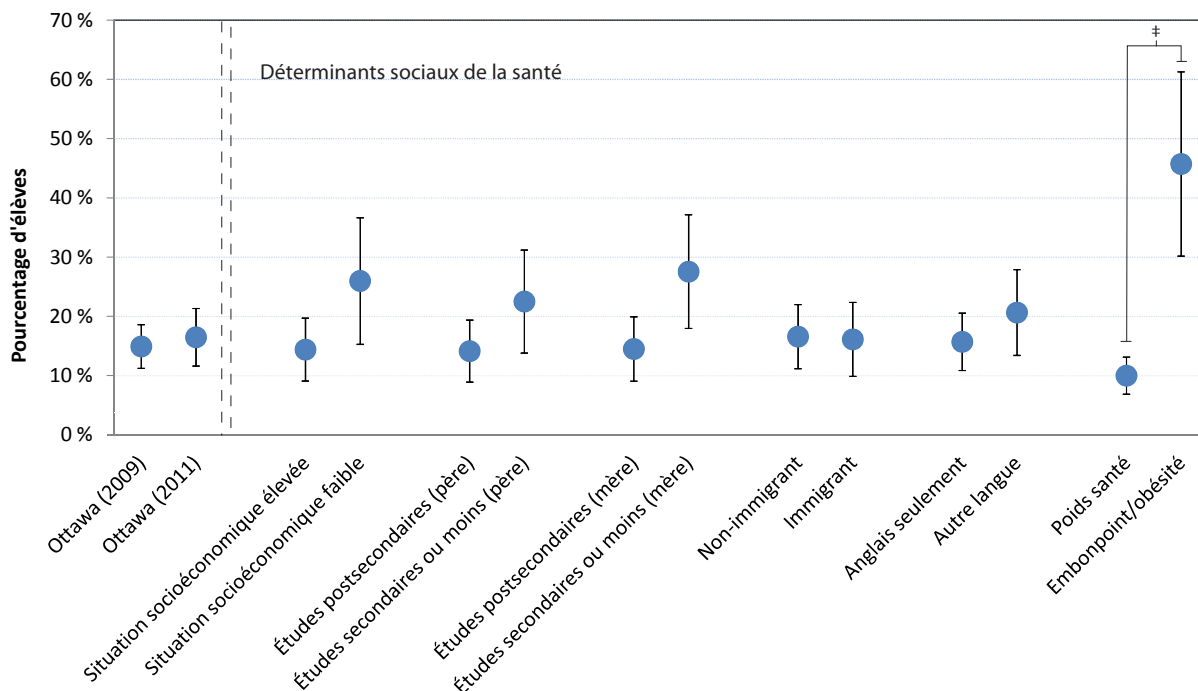
	Image corporelle chez les jeunes en 2011 (7e à 12e année)	Tendances en matière d'image corporelle (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	<p>La majorité (71,8 % [67,6 %, 75,6 %]) des élèves d'Ottawa ont répondu qu'ils trouvaient leur poids adéquat.</p> <p>De plus, 16,5 %* (11,6 %, 22,9 %) des élèves ont répondu qu'ils se trouvaient trop gros, et 11,7 %* (8,0 %, 17,0 %) ont répondu qu'ils se trouvaient trop minces.</p>	<p>Les chiffres sont comparables à ceux de 2009.</p>
Ontario sans Ottawa	<p>Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.</p>	<p>En 2009, la proportion d'élèves ayant répondu que leur poids était adéquat était plus élevée à Ottawa que dans le reste de l'Ontario (75,3 % [70,3 %, 79,7 %] contre 66,9 % [64,6 %, 69,1 %]).</p> <p>La proportion d'élèves ayant répondu qu'ils étaient trop gros étaient plus élevée dans le reste de l'Ontario qu'à Ottawa (23,2 % [21,2 %, 25,3 %] contre 14,9 % [11,2 %, 19,6 %]).</p>
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	<p>Aucune différence n'a été observée selon le sexe quant à la proportion d'élèves qui trouvaient leur poids adéquat.</p> <p>La différence quant à ceux qui se trouvaient trop minces ou trop gros n'était pas significative.</p>	<p>Une différence non significative mais importante a été observée : une proportion plus élevée de filles (21,7 %* [14,1 %, 31,8 %]) que de garçons (8,1 %* [5,0 %, 12,9 %]) ont indiqué être trop grosses.</p>
Années scolaires	<p>Aucune différence n'a été observée entre les élèves de 7^e et de 8^e année et ceux de la 9^e à la 12^e année. Les différences chez les élèves qui se trouvaient trop gros n'étaient pas publiables.</p>	<p>De même, aucune différence n'a été observée entre les élèves de différentes années scolaires en 2009.</p>

	Image corporelle chez les jeunes en 2011 (7e à 12e année)	Tendances en matière d'image corporelle (2009 par rapport à 2011)
Situation socio-économique familiale	Une différence non significative mais importante a été observée : plus d'élèves de situation socioéconomique élevée (75,1 % [71,1 %, 78,7 %]) ont répondu que leur poids était adéquat que ceux de situation socioéconomique faible (58,6 % [43,3 %, 72,4 %]).	Ces données ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité du père.	De même, aucune différence n'a été observée selon la scolarité du père en 2009.
Scolarité de la mère	Une différence non significative mais importante a été observée : les élèves qui ont indiqué que leur mère avait poursuivi des études postsecondaires (74,2 % [67,9 %, 79,6 %]) ont été plus nombreux à répondre que leur poids était adéquat que ceux dont la mère n'avait pas dépassé les études secondaires (58,2 % [46,7 %, 68,8 %]).	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité de la mère en 2009.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée entre les immigrants et les non-immigrants.	De même, aucune différence n'a été observée selon le statut d'immigrant en 2009.
Langue parlée à la maison	Aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison.	De même, aucune différence n'a été observée selon la langue parlée à la maison en 2009.
Niveau d'activité physique	Une différence non significative mais importante a été observée : les élèves qui ont indiqué avoir fait de l'activité physique chaque jour au cours des sept derniers jours (85,4 % [70,9 %, 93,4 %]) auraient été plus nombreux à répondre que leur poids était adéquat que ceux qui en avaient fait de une à trois fois (66,5 % [57,3 %, 74,5 %]).	Une différence non significative mais importante a été observée : les élèves qui ont indiqué avoir fait de l'activité physique chaque jour (82,5 % [73,3 %, 89,0 %]) ou de quatre à six jours au cours des sept derniers jours (80,0 % [74,3 %, 84,6 %]) ont été plus nombreux à répondre que leur poids était adéquat que ceux qui étaient inactifs (45,7 %* [26,9 %, 65,8 %]).

	Image corporelle chez les jeunes en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière d'image corporelle (2009 par rapport à 2011)
Indice de masse corporelle	<p>Les élèves qui faisaient de l'embonpoint ou souffraient d'obésité ont été plus nombreux que les autres à répondre qu'ils se trouvaient trop gros (45,7 %* [30,2 %, 62,1 %] contre 10,0 %* [6,9 %, 14,3 %]).</p> <p>Une différence non significative mais importante a été observée : les élèves qui faisaient de l'embonpoint ou souffraient d'obésité auraient été moins nombreux que les autres à indiquer qu'ils estimaient leur poids adéquat (53,7 % [37,3 %, 69,4 %] contre 75,6 % [72,1 %, 78,8 %]).</p>	<p>Les chiffres quant à l'image corporelle sont comparables à ceux de 2009 selon la catégorie d'IMC.</p>

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 31 : Pourcentage d'élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont répondu se trouver « trop gros » en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSEO 2009 et 2011 – *Surveillance des facteurs de risque en Ontario*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole † indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Intentions des adolescents envers leur poids corporel

Pendant l'adolescence, les problèmes liés au poids et à l'image corporelle deviennent de plus en plus répandus. Le danger de se préoccuper de son poids guette les adolescents, en particulier les filles, ce qui peut engendrer des problèmes de santé physique et mentale.⁸⁰ Dans le cadre du SCDSEO en 2009 et en 2011, on a demandé aux élèves de la 7^e à la 12^e année s'ils tentaient de contrôler leur poids. Ils devaient indiquer s'ils 1) ne voulaient rien faire, 2) essayaient de perdre du poids, 3) tentaient d'éviter de prendre du poids ou 4) essayaient de prendre du poids.

EN BREF...

- À Ottawa, deux tiers des élèves de la 7^e à la 12^e année (65 %) ont répondu qu'ils essayaient de contrôler leur poids en évitant d'en prendre, en essayant d'en perdre ou bien en tentant d'en prendre.
- À Ottawa, à peine plus du tiers (35 %) des élèves de la 7^e à la 12^e année ont répondu qu'ils ne faisaient rien pour contrôler leur poids.
- En 2009, moins d'élèves (7^e à 12^e année) à Ottawa que dans le reste de l'Ontario ont répondu qu'ils essayaient de perdre du poids.
- Une proportion plus élevée de filles que de garçons ont indiqué qu'elles essayaient de **perdre** du poids.
- Les élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont indiqué ne pas faire d'embonpoint ni souffrir d'obésité ont été plus nombreux que les autres à répondre ne rien faire pour contrôler leur poids.
- Certains éléments indiquent que les élèves de la 7^e et de la 8^e année (contre les élèves de la 9^e à la 12^e année) et ceux ayant une situation socioéconomique familiale élevée seraient plus nombreux à répondre **ne rien faire** pour contrôler leur poids. Cependant des données additionnelles sont nécessaires afin de confirmer si ces différences existent vraiment.
- Aucune différence significative n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon la scolarité des parents, le statut d'immigrant ou le niveau d'activité physique.

Tableau 40 : Intentions des élèves (7^e à 12^e année) concernant leur poids corporel en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

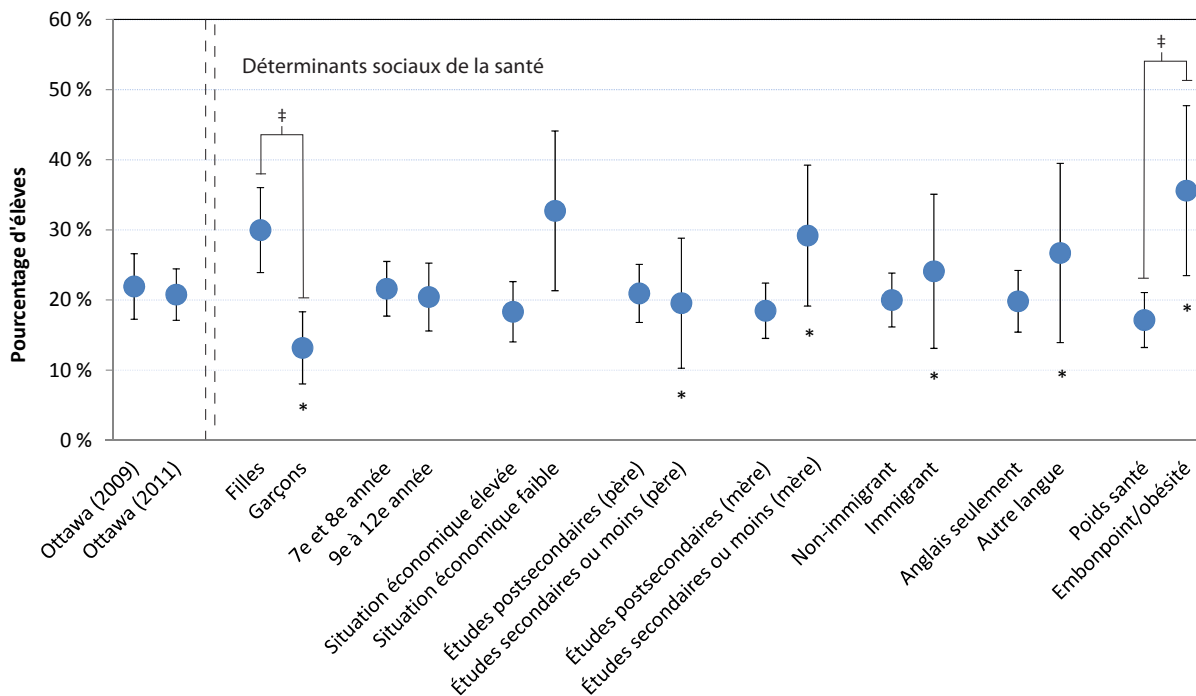
	Intentions des adolescents concernant leur poids corporel en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière des intentions des adolescents concernant leur poids corporel (2009 par rapport à 2011)
Élèves d'Ottawa	<p>Dans l'ensemble, 34,8 % (30,1 %, 39,8 %) des élèves d'Ottawa ont répondu ne rien faire pour contrôler leur poids.</p> <p>De plus, 27,3 % (22,3 %, 32,9 %) des élèves essayaient d'éviter de prendre du poids, 20,8 % (17,1 %, 25,0 %) essayaient de perdre du poids, et 17,1 % (12,7 %, 22,7 %) essayaient de prendre du poids.</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009.
Ontario sans Ottawa	Les données de 2011 ne sont pas disponibles au moment de la publication.	<p>Les élèves du reste de l'Ontario ont été plus nombreux que ceux d'Ottawa à répondre qu'ils essayaient de perdre du poids (29,4 % [27,5 %, 31,4 %] contre 21,9 % [17,3 %, 27,5 %]).</p> <p>Une distinction non significative a été observée : les élèves d'Ottawa (40,0 % [36,2 %, 44,0 %]) ont été plus nombreux que ceux du reste de la province à répondre ne rien faire pour contrôler leur poids (35,0 % [32,7 %, 37,14 %]).</p>
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Les filles ont été plus nombreuses que les garçons à affirmer essayer de perdre du poids (30,0% [23,9 %, 36,8 %] contre 13,2 %* [8,0 %, 20,9 %]).	En 2009, des chiffres semblables ont été observés, mais les garçons ont été plus nombreux que les filles à répondre qu'ils essayaient de prendre du poids (25,3 % [21,1 %, 30,1 %] contre 7,5 %* [4,2 %, 13,1 %]).
Années scolaires	Une différence non significative a été observée : les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année (41,4 % [38,0 %, 44,8 %]) auraient été plus nombreux à répondre ne rien faire pour contrôler leur poids que ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année (32,1 % [26,7 %, 38,0 %]).	En 2009, aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel entre les élèves de 7 ^e et de 8 ^e année et ceux de la 9 ^e à la 12 ^e année.

	Intentions des adolescents concernant leur poids corporel en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière des intentions des adolescents concernant leur poids corporel (2009 par rapport à 2011)
Situation socioéconomique familiale	Une distinction non significative mais importante a été observée : les élèves de situation socioéconomique élevée (38,0 % [32,2 %, 44,2 %]) auraient été plus nombreux à affirmer ne rien faire pour contrôler leur poids que ceux de situation socioéconomique faible (20,4 %* [11,9 %, 32,6 %]).	Ces données ne sont pas disponibles pour 2009.
Scolarité du père	Aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon la scolarité du père.	De même, aucune différence significative n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon la scolarité du père.
Scolarité de la mère	Aucune différence significative n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon la scolarité de la mère.	De même, aucune différence significative n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon la scolarité de la mère.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel entre les immigrants et les non-immigrants.	De même, aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon le statut d'immigrant en 2009.
Langue parlée à la maison	Aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon la langue parlée à la maison.	En 2009, une différence non significative a été observée : les élèves qui ont indiqué parler anglais ou français à la maison (40,5 %* [23,8 %, 59,8 %]) ont été plus nombreux à répondre qu'ils essayaient d'éviter de perdre du poids que ceux qui ont indiqué parler anglais seulement (20,2% [15,9 %, 25,3 %]).
Niveau d'activité physique	Aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon le niveau d'activité physique.	De même, aucune différence n'a été observée quant aux intentions des élèves envers leur poids corporel selon le niveau d'activité physique en 2009.

	Intentions des adolescents concernant leur poids corporel en 2011 (7 ^e à 12 ^e année)	Tendances en matière des intentions des adolescents concernant leur poids corporel (2009 par rapport à 2011)
Indice de masse corporelle	<p>Les élèves qui ont indiqué ne pas faire d'embonpoint ni souffrir d'obésité (38,5 % [33,0 %, 44,4 %]) ont été plus nombreux à répondre ne rien faire pour contrôler leur poids que ceux qui font de l'embonpoint ou souffrent d'obésité (18,3 %* [12,0 %, 26,8 %]).</p> <p>Les élèves qui ont indiqué faire de l'embonpoint ou souffrir d'obésité (35,6 %* [23,5 %, 49,9 %]) ont été plus nombreux à affirmer qu'ils essayaient de perdre du poids que les autres (17,2 %* [13,2 %, 21,9 %]).</p>	<p>Les élèves qui ont indiqué faire de l'embonpoint ou souffrir d'obésité (41,7 % [31,2 %, 53,0 %]) ont été plus nombreux à répondre qu'ils essayaient de perdre du poids que les autres (16,0 % [11,8 %, 21,4 %]).</p> <p>Une différence non significative a été observée : les élèves qui ont indiqué ne pas faire d'embonpoint ni souffrir d'obésité (44,1 % [38,5 %, 49,8 %]) ont été plus nombreux à répondre ne rien faire pour contrôler leur poids que ceux qui faisaient de l'embonpoint ou souffraient d'obésité (25,8 %* [15,4 %, 39,8 %]).</p>

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite.

Graphique 32 : Pourcentage des élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont répondu essayer de perdre du poids en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : SCDSO 2009 et 2011 – *Surveillance des facteurs de risque en Ontario*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes.

Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %.

Indice de masse corporelle chez les adultes

L'indice de masse corporelle (IMC) est un indicateur du ratio du poids par rapport à la taille. Il ne s'agit pas d'une mesure directe, mais il a été démontré qu'il existe une corrélation significative entre l'IMC et le taux de gras du corps. L'IMC peut donc servir à évaluer les risques pour la santé des personnes. Recueillies dans le cadre de l'ESCC, les données autodéclarées liées à la taille et au poids des adultes (18 ans et plus) vivant à Ottawa et dans le reste de l'Ontario ont été utilisées pour calculer l'IMC. Chez les adultes (personnes de 18 ans et plus, mis à part les femmes enceintes et celles qui allaitent), l'IMC a été classifié de la manière suivante : poids insuffisant (moins de 18,5 kg/m²), poids normal ou santé (18,5-24,9 kg/m²), embonpoint (25-29,9 kg/m²) et obésité (30 kg/m² ou plus).

Une répartition des données « en J » ou « en U » entre l'IMC et la mortalité a été observée : le risque de mortalité est élevé chez les personnes ayant un IMC faible (poids insuffisant) et augmente chez les personnes dont l'IMC est supérieur à 25 kg/m². Le taux de mortalité, toutes causes confondues, en particulier dans le cas des décès liés à une maladie cardiovasculaire, augmente de 50 à 100 % chez les personnes obèses comparativement à celles qui se trouvent dans la catégorie « poids santé ».⁸⁰

EN BREF...

- La moitié (52 %) des adultes (18 ans et plus) vivant à Ottawa font de l'embonpoint ou souffrent d'obésité.
- En 2009-2010, 225 700 adultes, soit 34 %, ont affirmé faire de l'embonpoint, et 119 300, soit 18 %, ont indiqué souffrir d'obésité. Ces données proviennent de mesures autodéclarées et les données probantes suggèrent toutefois que la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité à Ottawa serait probablement plus élevée.
- La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité autodéclarés enregistrée à Ottawa était semblable à celle du reste de l'Ontario.
- Une proportion plus élevée d'hommes que de femmes faisaient de l'embonpoint, et les femmes étaient plus nombreuses à afficher un poids santé.
- La probabilité de faire de l'embonpoint ou de souffrir d'obésité augmente avec l'âge.
- La courbe ayant trait à l'activité physique effectuée lors des moments de loisirs, par catégories d'IMC, montre une forme « en U ». Les adultes souffrant d'obésité étaient plus nombreux que ceux ayant un poids normal ou faisant de l'embonpoint à être inactifs au cours de leurs moments de loisirs. Des résultats semblables ont été observés pour les adultes ayant un poids insuffisant.
- Aucune différence significative n'a été observée quant aux catégories d'IMC chez les adultes selon le revenu, le milieu de résidence (urbain ou rural) ou le statut d'immigrant.

Tableau 41 : Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2009-2010

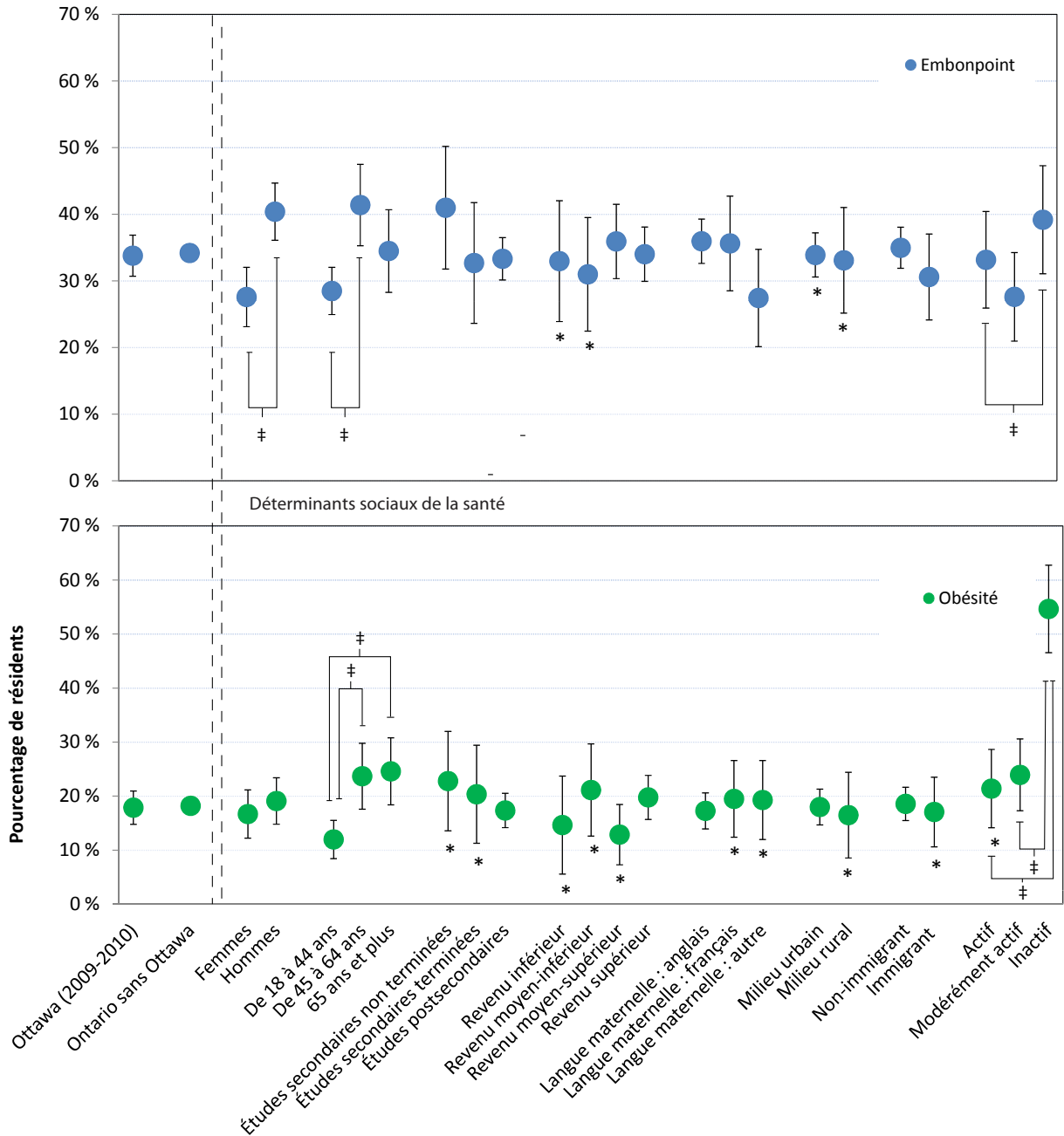
	Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans et plus) en 2009-2010	Tendances en matière d'indice de masse corporelle (de 2003 à 2009-2010)
Échantillon total	<p>À Ottawa, environ 345 000 résidents (51,7 % [48,4 %, 55,1 %]) faisaient de l'embonpoint (225 700, soit 33,8 % [30,4 %, 37,2 %]) ou souffraient d'obésité (119 300, soit 17,9 % [14,8 %, 21,0 %]).</p> <p>Un total de 299 400 adultes, soit 44 9 % (41,5 %, 48,3 %), présentaient un poids normal.</p> <p>De plus, 3,4 %* (1,9 %, 4,9 %) des adultes avaient un poids insuffisant.</p>	Aucune différence n'a été observée entre 2003 et 2009-2010.
Reste de l'Ontario	Les données relatives aux adultes d'Ottawa n'étaient pas statistiquement différentes de celles du reste de la province, où 52,4 % (51,4 %, 53,3 %) des adultes ont indiqué faire de l'embonpoint ou souffrir d'obésité.	<p>Aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux de l'Ontario entre 2003 et 2007-2008.</p> <p>En 2005, plus d'adultes avaient un poids normal et moins d'adultes souffraient d'obésité à Ottawa que dans le reste de la province.</p>
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	<p>À Ottawa, plus d'hommes (40,4% [34,8%, 45,8 %]) que de femmes (27,6 % [23,6 %, 31,6 %]) ont indiqué faire de l'embonpoint.</p> <p>À Ottawa, plus de femmes (51,9 % [46,7 %, 57,1 %]) que d'hommes (37,6 % [32,5 %, 42,6 %]) ont indiqué avoir un poids normal.</p>	<p>Il a été observé entre 2003 et 2007-2008 que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à afficher un poids normal, et moins nombreuses à faire de l'embonpoint.</p> <p>En 2007-2008, des différences ont également été observées dans la catégorie « obésité » et « poids insuffisant » : plus d'hommes que de femmes souffraient d'obésité, et plus de femmes que d'hommes affichaient un poids insuffisant.</p>

	Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans et plus) en 2009-2010	Tendances en matière d'indice de masse corporelle (de 2003 à 2009-2010)
Âge	Les adultes de 18 à 44 ans (54,2 % [49,8 %, 58,6 %]) ont été plus nombreux que ceux âgés de 45 à 64 ans (34,1 % [28,5 %, 39,8 %]) et que les aînés (38,1 % [31,3 %, 44,9 %]) à indiquer que leur poids était normal, et moins nombreux à répondre qu'ils faisaient de l'embonpoint ou souffraient d'obésité.	Des tendances similaires ont été observées entre 2005 et 2007-2008. En 2003, les adultes de 18 à 44 ans étaient plus nombreux que ceux de 45 à 64 ans à afficher un poids normal, et moins nombreux à faire de l'embonpoint.
Scolarité	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité.	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité en 2007-2008. En 2005, une proportion plus élevée d'adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires souffraient d'obésité (24,2 % [15,9 %, 32,9 %]) que ceux qui avaient poursuivi des études postsecondaires (10,5 % [8,4 %, 12,6 %]). En 2003, les adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient plus nombreux à souffrir d'obésité (20,7 % [13,3 %, 28,2 %]) que ceux qui avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires (11,5 % [6,7 %, 16,2 %]). Cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.
Revenu du ménage	Aucune différence n'a été observée selon le revenu du ménage.	De même, aucune différence n'a été observée selon le revenu du ménage entre 2003 et 2007-2008.
Milieu urbain/rural	Aucune différence n'a été observée entre les résidents en milieu urbain et ceux en milieu rural.	De même, aucune différence n'a été observée entre les résidents en milieu urbain et ceux en milieu rural entre 2003 et 2007-2008.

	Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans et plus) en 2009-2010	Tendances en matière d'indice de masse corporelle (de 2003 à 2009-2010)
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle.	En 2007-2008, les adultes dont la langue maternelle n'était ni l'anglais ni le français étaient moins nombreux à souffrir d'obésité (7,6 % [4,2 %, 10,9 %]) que ceux dont la langue maternelle était l'anglais (16,8 % [13,0 %, 20,6 %]). Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle en 2003 et en 2005.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée entre les immigrants et les non-immigrants.	Aucune différence n'a été observée entre les immigrants et les non-immigrants entre 2003 et 2007-2008.
Niveau d'activité physique pendant les loisirs	La tendance associée au niveau d'activité physique pendant les loisirs semble être en U, selon les catégories d'IMC. Les adultes obèses (54,6 % [46,6 %, 62,8 %]) étaient plus nombreux que ceux ayant un poids normal (37,2 % [31,7 %, 42,7 %]) ou faisant de l'embonpoint (39,2 % [33,7 %, 44,7 %]) à demeurer inactifs pendant leurs loisirs. Par ailleurs, certains éléments montrent que cette tendance s'observait également chez les adultes dont le poids était insuffisant (61,6 % [39,3 %, 83,9 %]).	Cette tendance en U s'est dégagée au cours des années précédentes. Les adultes obèses ou dont le poids était insuffisant présentaient des niveaux d'inactivité plus élevés (non statistiquement significatif en 2003, mais significatif en 2005, et différence quant au poids insuffisant non significative en 2007-2008).

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC = indice de masse corporelle.

Graphique 33 : Pourcentage d'adultes faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2009-2010



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.
 * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole ‡ indique qu'il existe des différences notables entre les groupes.
 Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Tour de taille

Le tour de taille constitue un important indicateur de l'excès de gras abdominal et permet de cibler les risques pour la santé associés à l'embonpoint et à l'obésité.⁸⁸ Les adultes dont le tour de taille est malsain, c'est-à-dire qui ont un taux de gras abdominal dangereux pour la santé, sont davantage à risque de souffrir de plusieurs états chroniques, comme une cardiopathie ou le diabète de type 2.

Le module du SSRFR portant sur le tour de taille vise à suivre le tour de taille autodéclaré par les adultes (18 ans et plus) afin d'évaluer les risques de maladie. Les calculs sont faits à partir des mesures du tour de taille autodéclarées par les répondants et de la taille de leur pantalon, ainsi que de la façon dont ils le portent (ample, normale ou ajustée). Pour déterminer ce qui est considéré comme un tour de taille dangereux pour la santé, les mesures ont été dichotomisées en deux catégories, « sain » et « malsain », à partir des *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ainsi, un tour de taille présentant des risques pour la santé correspond à plus de 102 cm chez les hommes et à plus de 88 cm chez les femmes.

Il arrive fréquemment que les répondants sous-estiment ou ignorent la mesure de leur tour de taille.⁸⁹ De plus, le tour de taille autodéclaré, déterminé au moyen de la taille du pantalon peut mener à des erreurs, étant donné que la portion la plus large de la taille peut se situer au-dessus du haut du pantalon, et que les grandeurs de pantalon peuvent varier.

Tour de taille des hommes

EN BREF...

- Le quart (24%) des hommes (18 ans et plus) vivant à Ottawa ont répondu avoir un tour de taille dangereux pour la santé.
- Chez les hommes, la prévalence d'un tour de taille dangereux pour la santé augmente avec l'âge.
- Certains éléments indiquent que les hommes ayant un revenu supérieur seraient moins nombreux à avoir un tour de taille dangereux pour la santé.
- Environ 20 % des hommes faisant de l'embonpoint ont indiqué avoir un tour de taille considéré comme dangereux pour la santé, comparativement à près de 70 % des hommes obèses.
- Aucune différence significative n'a été observée quant au tour de taille des hommes selon la scolarité ou la langue maternelle.

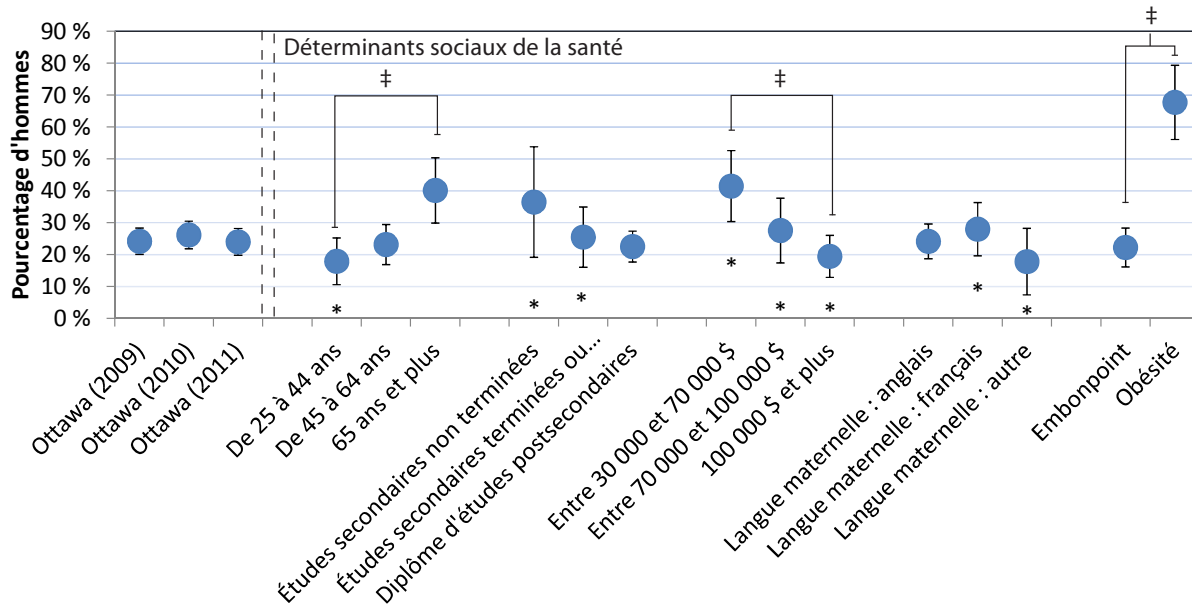
Tableau 42 : Tour de taille autodéclaré des hommes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

	Tour de taille des hommes (18 ans et plus) en 2011	Tendances en matière de tour de taille des hommes (2009-2010)
Échantillon total	<p>Parmi les hommes d'Ottawa, 24,0 % (19,8 %, 28,2 %) ont indiqué avoir un tour de taille dangereux pour la santé (de plus de 102 cm).</p> <p>De plus, 76,0 % (71,8 %, 80,2 %) ont répondu avoir un tour de taille sain (102 cm ou moins).</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009 et de 2010.
Déterminants sociaux de la santé		
Âge	<p>Certains éléments indiquent que le tour de taille autodéclaré augmente avec l'âge.</p> <p>Parmi les hommes de 25 à 44 ans, 18,2 %* (10,6 %, 25,2 %) ont indiqué avoir un tour de taille dangereux pour la santé. Cette proportion passe à 23,2 % (16,9 %, 29,5 %) chez les hommes de 45 à 64 ans, et à 40,1 % (29,9 %, 50,3 %) chez les hommes de 65 ans et plus.</p> <p>Les données pour les hommes de 18 à 24 ans ne sont pas disponibles.</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009 et de 2010.
Scolarité	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité.	De même, aucune différence n'a été observée selon la scolarité en 2009 et en 2010.

	Tour de taille des hommes (18 ans et plus) en 2011	Tendances en matière de tour de taille des hommes (2009-2010)
Revenu du ménage	<p>Certains éléments indiquent que les hommes ayant un revenu inférieur auraient généralement un tour de taille plus élevé que ceux ayant un revenu supérieur.</p> <p>Les hommes faisant partie d'un ménage dont le revenu se situait entre 30 000 et 70 000 \$ ont été plus nombreux que ceux dont le revenu était supérieur à 100 000 \$ à répondre avoir un tour de taille dangereux pour la santé (41,5 % [30,3 %, 52,6 %] contre 19,5 % [12,9 %, 26,0 %]).</p> <p>Les données relatives au tour de taille malsain des hommes se trouvant dans la catégorie « revenu inférieur » (moins de 30 000 \$) ne sont pas publiables.</p>	Aucune différence n'a été observée selon le revenu en 2009 et en 2010.
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle.	De même, aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle en 2009 et en 2010.
Indice de masse corporelle	<p>Parmi les hommes obèses, 67,7 % (56,1 %, 79,3 %) ont répondu avoir un tour de taille dangereux pour la santé, comparativement à 22,2 % (16,2 %, 28,3 %) des hommes faisant de l'embonpoint.</p> <p>Les données relatives au tour de taille dangereux pour la santé chez les hommes ayant un poids insuffisant ou un poids santé ne sont pas disponibles pour 2011.</p>	Les chiffres quant au tour de taille selon la catégorie d'IMC sont comparables à ceux de 2009 et de 2010.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC = indice de masse corporelle.

Graphique 34 : Pourcentage des hommes (18 ans et plus) ayant un tour de taille autodéclaré considéré comme dangereux pour la santé (de plus de 102 cm) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2011



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque, 2009, 2010 et 2011. * = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Tour de taille des femmes

EN BREF...

- En 2011, près de 30 % des femmes (18 ans et plus) vivant à Ottawa ont répondu avoir un tour de taille considéré comme dangereux pour la santé.
- La prévalence d'un tour de taille considéré comme dangereux pour la santé augmentait avec l'âge et la catégorie d'IMC chez les femmes d'Ottawa.
- Certains éléments indiquent que les femmes faisant partie de la catégorie de revenus plus faibles (30 000 \$ et moins) seraient plus nombreuses à avoir un tour de taille considéré comme dangereux pour la santé que celles faisant partie de la catégorie de revenus plus élevés (100 000 \$ et plus).
- Il n'y avait pas de différences significatives quant au tour de taille des femmes selon la langue maternelle ou le niveau de scolarité.

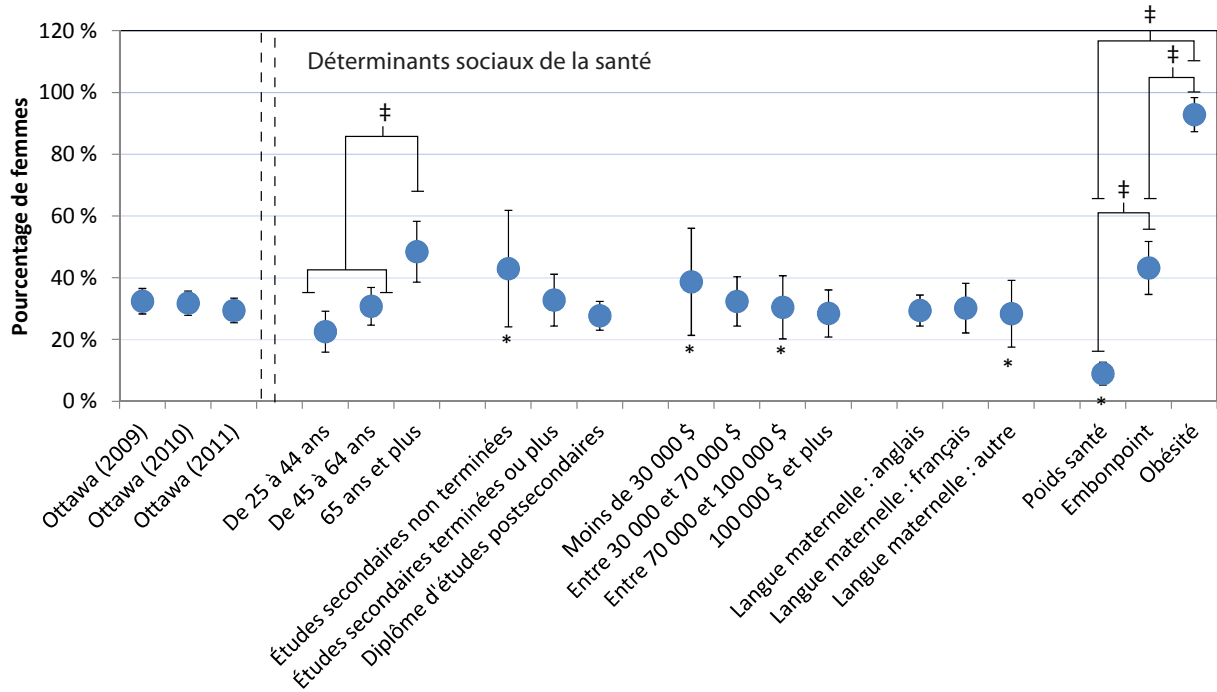
Tableau 43 : Tour de taille autodéclaré des femmes (18 ans et plus) en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2009 à 2011

	Tour de taille chez les femmes (18 ans et plus) en 2011	Tendances en matière de tour de taille des femmes (2009-2010)
Échantillon total	<p>Parmi les femmes d'Ottawa, 29,4 % (25,4 %, 33,4 %) ont indiqué avoir un tour de taille dangereux pour la santé (de plus de 88 cm).</p> <p>De plus, 70,6 % (66,6 %, 74,6 %) des femmes d'Ottawa ont répondu avoir un tour de taille sain (88 cm ou moins).</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009 et de 2010.
Déterminants sociaux de la santé		
Âge	<p>Il semble exister une relation linéaire entre l'âge et le tour de taille malsain chez les femmes d'Ottawa, soit que la prévalence augmente avec l'âge.</p> <p>Parmi les femmes de 24 à 44 ans, 22,6 % (16,0 %, 29,2 %) ont affirmé avoir un tour de taille dangereux pour la santé. Cette proportion passe à 30,8 % (24,7 %, 36,9 %) chez les femmes de 45 à 64 ans, et à 48,4 % (38,6 %, 58,3 %) chez les femmes de 65 ans et plus.</p> <p>Les données pour les femmes de 18 à 24 ans ne sont pas disponibles.</p>	Les chiffres sont comparables à ceux de 2009 et de 2010
Scolarité	Aucune différence n'a été observée quant au tour de taille des femmes selon la scolarité.	<p>Aucune différence n'a été observée selon la scolarité en 2009.</p> <p>En 2010, certains éléments indiquaient que la prévalence d'un tour de taille dangereux pour la santé augmentait avec la scolarité; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.</p>

	Tour de taille chez les femmes (18 ans et plus) en 2011	Tendances en matière de tour de taille des femmes (2009-2010)
Revenu du ménage	Aucune différence n'a été observée quant au tour de taille des femmes selon le revenu du ménage.	En 2009, certains éléments indiquaient que les femmes des catégories « revenu inférieur » étaient plus nombreuses à avoir un tour de taille dangereux pour la santé que celles des catégories « revenu plus élevé » (30 000 \$ et moins : 44,8 % (31,5 %, 58,1 %), 100 000 \$ et plus : 20,9 % (14,1 %, 28,7 %)). En 2010, aucune différence n'a été observée selon le revenu du ménage.
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée quant au tour de taille des femmes selon la langue maternelle.	De même, aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle en 2009 et en 2010.
Indice de masse corporelle	Il semble exister une relation entre le tour de taille dangereux pour la santé chez les femmes et la catégorie d'IMC. Le pourcentage de femmes qui ont répondu avoir un tour de taille dangereux pour la santé augmente d'une catégorie d'IMC à l'autre (de poids insuffisant, à poids santé, à embonpoint et à obésité). Parmi les femmes ayant un poids santé, 9,0 %* (5,3 %, 12,6 %) ont répondu avoir un tour de taille dangereux pour la santé, comparativement à 43,2 % (34,6 %, 51,8 %) de celles qui font de l'embonpoint et à 92,8 % (87,3 %, 98,4 %) de celles qui souffrent d'obésité. Les données relatives aux femmes dont le poids est insuffisant ne sont pas disponibles.	Aucune différence n'a été observée selon l'IMC en 2009 et en 2010.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. IMC : indice de masse corporelle.

Graphique 35 : Pourcentage de femmes (18 ans et plus) ayant un tour de taille audéclaré considéré comme dangereux pour la santé en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d’Ottawa, 2011



Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque, 2009, 2010 et 2011.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

Perception des adultes de leur poids corporel

La perception personnelle d'un poids corporel adéquat peut servir à mesurer la différence perçue entre la taille d'une personne et celle qu'elle aimerait avoir, ainsi que sa satisfaction par rapport à son corps. Influencée par les normes démographiques, culturelles et sociales, la perception du poids corporel joue un rôle important sur les comportements relatifs à l'alimentation et à la perte de poids.^{90,91}

Dans le cadre de l'ESCC, on a demandé aux répondants s'ils considéraient avoir un surplus de poids, un poids insuffisant ou un poids correct.

EN BREF...

- Moins de la moitié (43 %) des adultes vivant à Ottawa (18 ans et plus) considèrent faire de l'embonpoint.
- De façon historique, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à considérer avoir un surplus de poids, et moins nombreuses à estimer avoir un poids insuffisant.
- Les adultes qui étaient actifs pendant leurs loisirs étaient moins nombreux à considérer qu'ils avaient un surplus de poids que ceux qui étaient inactifs.
- Les adultes qui faisaient de l'embonpoint ou qui étaient obèses étaient plus nombreux à se considérer comme faisant de l'embonpoint.
- Aucune différence significative n'a été observée quant à la perception des adultes de leur poids corporel selon la scolarité, le revenu familial, le milieu de résidence (urbain ou rural) ou le statut d'immigrant.

Tableau 44 : Perception des adultes (18 ans et plus) de leur poids corporel en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, de 2003 à 2009-2010

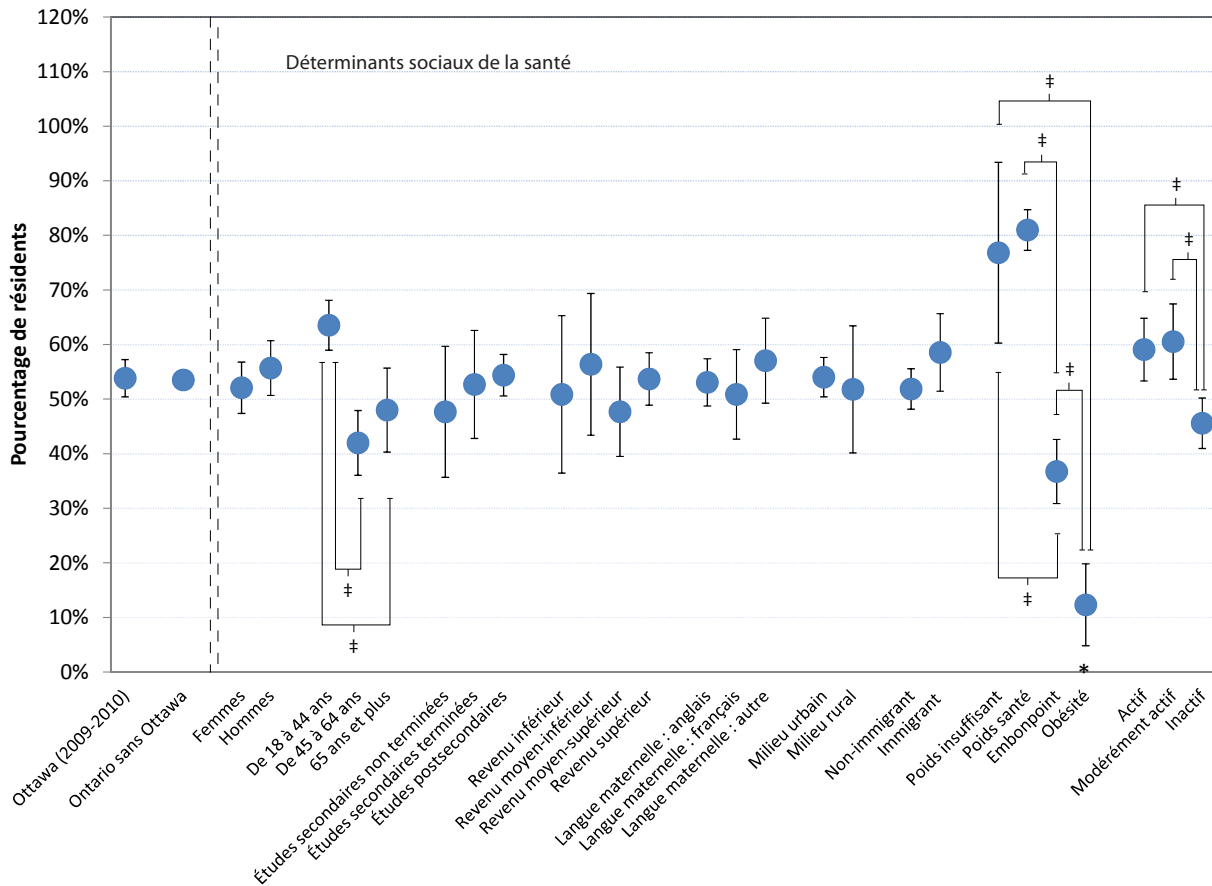
	Perception des adultes (18 ans et plus) de leur poids corporel en 2009-2010	Tendances en matière de perception du poids corporel (de 2003 à 2007-2008)
Échantillon total	À peine plus de la moitié (53,8 % [50,4 %, 57,2 %]) des adultes vivant à Ottawa estimaient que leur poids corporel était adéquat , 3,0 % (2,0 %, 3,9 %) considéraient que leur poids était insuffisant , et 43,2 % (39,8 %, 46,6 %) considéraient qu'ils avaient un surplus de poids .	Aucune tendance n'a été observée entre 2003 et 2009-2010 chez les adultes d'Ottawa.
Reste de l'Ontario	Aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de l'Ontario, où 53,5 % (52,5 %, 54,5 %) des adultes estimaient que leur poids corporel était adéquat , 4,3 % (3,9 %, 4,7 %), que leur poids était insuffisant et 42,2 % (41,2 %, 43,1 %), qu'ils avaient un surplus de poids .	En 2005 et en 2007-2008, les adultes d'Ottawa ont été plus nombreux que ceux du reste de la province à considérer que leur poids était adéquat et moins nombreux à estimer qu'ils avaient un surplus de poids (2005 seulement). En 2003, aucune différence n'a été observée entre les adultes d'Ottawa et ceux du reste de l'Ontario.
Déterminants sociaux de la santé (échantillon d'Ottawa)		
Sexe	Aucune différence n'a été observée selon le sexe.	Entre 2003 et 2007-2008, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à considérer avoir un surplus de poids et moins nombreuses à affirmer avoir un poids insuffisant . En 2007-2008, 44,5 % (39,6 %, 49,4 %) des femmes considéraient avoir un surplus de poids , comparativement à 36,9 % (31,8 %, 42,1 %) des hommes, et 2,1 %* (1,0 %, 3,1 %) des femmes estimaient que leur poids était insuffisant , comparativement à 5,5 %* (2,9 %, 8,1 %) des hommes.

	Perception des adultes (18 ans et plus) de leur poids corporel en 2009-2010	Tendances en matière de perception du poids corporel (de 2003 à 2007-2008)
Âge	Les adultes de 18 à 44 ans ont répondu dans une proportion plus élevée que leur poids était adéquat (63,6 % [59,0 %, 68,1 %]) que ceux de 45 à 64 ans (42,0 % [36,1 %, 47,9 %]) et que les aînés (48,0 % [40,4 %, 55,7 %]).	En 2005 et en 2007-2008, les adultes de 18 à 44 ans ont été plus nombreux à affirmer que leur poids était adéquat que ceux de 45 à 64 ans, et moins nombreux à considérer qu'ils avaient un surplus de poids . En 2003, les adultes de 18 à 44 ans étaient moins nombreux que ceux de 45 à 64 ans à considérer avoir un surplus de poids .
Scolarité	Aucune différence n'a été observée selon la scolarité.	De même, aucune différence n'a été observée selon la scolarité entre 2003 et 2007-2008.
Revenu du ménage	Aucune différence n'a été observée selon le revenu du ménage.	De même, aucune différence n'a été observée selon le revenu du ménage entre 2003 et 2007-2008.
Milieu urbain/rural	Aucune différence n'a été observée entre les résidents en milieu urbain et ceux en milieu rural.	De même, aucune différence n'a été observée entre les résidents en milieu urbain et ceux en milieu rural entre 2003 et 2007-2008.
Langue maternelle	Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle.	En 2007-2008, les résidents dont la langue maternelle n'était ni l'anglais ni le français (30,1 % [23,3 %, 36,9 %]) ont été les moins nombreux à considérer avoir un surplus de poids (anglais : (44,8 % [40,3 %, 49,2 %]); français : (44,4 % [36,3 %, 52,5 %]). Aucune différence n'a été observée selon la langue maternelle en 2003 et en 2005.
Statut d'immigrant	Aucune différence n'a été observée entre les immigrants et les non-immigrants.	De même, aucune différence n'a été observée entre les immigrants et les non-immigrants entre 2003 et 2007-2008.

	Perception des adultes (18 ans et plus) de leur poids corporel en 2009-2010	Tendances en matière de perception du poids corporel (de 2003 à 2007-2008)
Niveau d'activité physique pendant les loisirs	Les adultes qui ont affirmé être inactifs pendant leurs loisirs étaient plus nombreux à considérer avoir un surplus de poids (50,7 % [46,1 %, 55,3 %]) et moins nombreux à estimer avoir un poids adéquat (45,6 % [41,0 %, 50,2 %]) que les adultes actifs (59,1 % [53,3 %, 64,8 %]) ou modérément actifs (60,6 % [53,7 %, 67,4 %]).	En 2005 et en 2007-2008, les adultes qui étaient très actifs pendant leurs loisirs étaient moins nombreux que ceux qui étaient modérément actifs ou inactifs à considérer avoir un surpoids et plus nombreux à estimer avoir un poids adéquat . En 2003, les adultes qui étaient très actifs pendant leurs loisirs étaient moins nombreux que ceux qui étaient inactifs à considérer avoir un surpoids et plus nombreux à estimer avoir un poids adéquat .
Indice de masse corporelle	Les adultes ayant un poids insuffisant ou un poids santé étaient plus nombreux à estimer que leur poids était adéquat (poids insuffisant : 76,8 % [60,3 %, 93,4 %]; poids santé : 81,0 % [77,3 %, 84,7 %]). Les adultes faisant de l'embonpoint ou souffrant d'obésité étaient plus nombreux que les autres à considérer avoir un surplus de poids (embonpoint : 62,9 % [57,0 %, 68,8 %]; obésité : 87,1 % [79,6 %, 94,6 %]).	Les chiffres sont comparables à ceux qui ont été enregistrés entre 2003 et 2007-2008.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite.

Graphique 36 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui considéreraient avoir un poids adéquat en fonction des déterminants sociaux de la santé, ville d'Ottawa, 2009-2010



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009–2010. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

* = Interpréter avec prudence – échantillon hétéroclite; le symbole # indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes. Les barres verticales représentent un intervalle de confiance de 95 %. Seules les comparaisons fiables sont illustrées.

GLOSSAIRE

« en U », « en J »

Les expressions « en U » ou « en J » font référence à la forme d'une distribution ou d'une courbe dans un graphique dans les cas où la distribution ou la courbe baisse au départ, puis regrippe à un niveau semblable à celui du point de départ (« en U ») ou plus élevé (« en J »).

Aînés

Dans le présent rapport, le terme « aînés » s'entend des personnes de 65 ans et plus.

Aliments prêts-à-servir

Les aliments prêts-à-servir achetés à l'épicerie peuvent comprendre le poulet barbecue, le poulet rôti, les ailes de poulet, les sandwichs préparés et les côtes levées.

Intervalle de confiance

Il s'agit d'un intervalle de valeurs se trouvant de part et d'autre de l'estimation d'une variable donnée, au sein duquel se trouve la valeur réelle de la variable dans la population selon une probabilité donnée.⁹² Dans le présent rapport, des intervalles de confiance de 95 % sont calculés au besoin. Avec un intervalle de confiance de 95 %, il est certain à 95 % que la valeur réelle de la variable d'intérêt se trouvera dans l'intervalle de valeurs présenté.

Langue maternelle (ESCC)

La langue maternelle correspond à la première langue officielle apprise et encore comprise par le répondant. Dans le présent rapport, les catégories sont les suivantes :

- **anglais** : anglais seulement;
- **français** : français ou anglais en combinaison avec le français;
- **autre** : une autre langue et l'anglais ou le français, ou autre combinaison avec une autre langue.

Langue parlée à la maison (SCDSEO)

Les catégories de langues parlées à la maison sont les suivantes : anglais seulement, anglais ou français, anglais ou français et une autre langue, ou autre.

Milieu urbain ou rural

La classification urbain/rural des indicateurs de l'ESCC indique si le répondant réside dans un secteur urbain ou rural. Les secteurs urbains sont des régions urbanisées en continu ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré.

Prévalence

La prévalence renvoie au nombre de cas existants pendant une période donnée. Elle sert souvent à décrire le fardeau d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population.

Revenu du ménage

Les catégories de revenu du ménage pour les indicateurs de l'ESCC sont fondées sur le revenu du ménage et le nombre de personnes qui constituent ce dernier :

- revenu inférieur : moins de 15 000 \$ pour une à deux personnes; moins de 20 000 \$ pour trois à quatre personnes; moins de 30 000 \$ pour cinq personnes ou plus;
- revenu moyen-inférieur : de 15 000 \$ à 30 000 \$ pour une à deux personnes; de 20 000 \$ à 40 000 \$ pour trois à quatre personnes; de 30 000 \$ à 60 000 \$ pour cinq personnes ou plus;
- revenu moyen-supérieur : de 30 000 \$ à 60 000 \$ pour une à deux personnes; de 40 000 \$ à 80 000 \$ pour trois à quatre personnes; de 60 000 \$ à 80 000 \$ pour cinq personnes ou plus;
- revenu supérieur : plus de 60 000 \$ pour une à deux personnes; plus de 80 000 \$ pour trois personnes ou plus.

Seuil de faible revenu (SFR)

Les seuils de faible revenu sont déterminés par l'analyse des données relatives aux dépenses familiales en deçà desquelles une famille consacrerait une portion plus importante de ses revenus aux nécessités comme l'alimentation, le logement et l'habillement que la famille moyenne. L'approche consiste essentiellement à estimer un seuil de revenu à partir duquel on s'attend à ce que les familles dépensent 20 points de plus que la famille moyenne pour l'alimentation, le logement et l'habillement. Pour rendre compte des différences quant au coût des nécessités dans différentes communautés et dans des familles de tailles diverses, il existe des SFR distincts pour cinq catégories de communautés et sept catégories de tailles de familles.

Pour évaluer la situation des résidents qui vivent sous le SFR dans les indicateurs liés à l'ESCC, une combinaison des catégories de revenu inférieur et de revenu moyen-inférieur (voir définition de *Revenu du ménage*) est effectuée d'après le revenu du ménage et le nombre de personnes qui constituent le ménage. Toutefois, les données sur le revenu ont été recueillies à l'aide de tranches de revenus qui ne correspondent pas exactement au SFR.

- moins de 15 000 \$ pour une à deux personnes; moins de 20 000 \$ pour trois à quatre personnes; moins de 30 000 \$ pour cinq personnes ou plus; de 15 000 \$ à 30 000 \$ pour une à deux personnes; de 20 000 \$ à 40 000 \$ pour trois à quatre personnes; de 30 000 \$ à 60 000 \$ pour cinq personnes ou plus.

Signification statistique

Une conclusion est considérée comme statistiquement significative lorsque la différence observée entre deux groupes est réelle et qu'il est peu probable qu'elle soit fortuite. Dans le présent rapport, la signification statistique a premièrement été évaluée par la comparaison des proportions de catégories multiples au moyen du test de chi carré. Lorsque le seuil de signification était atteint ou presque atteint, des tests de comparaisons multiples ont été effectués à l'aide de la correction de Bonferroni pour évaluer si une

différence réelle était observée. Un résultat est significatif si la valeur p obtenue à partir de la correction de Bonferroni est inférieure à 0,05. Si la valeur p non corrigée issue du test de comparaisons multiples était significative, mais que cette signification diminuait après la correction de Bonferroni, une tendance non significative était dégagée dans l'interprétation.

Situation socioéconomique familiale – échelle

Dans le cadre du SCDSEO de 2011, une mesure subjective de la situation socioéconomique familiale a été introduite. Cette échelle consiste en une mesure du statut social subjectif s'adressant aux adolescents.⁹³ Plus précisément, on a demandé aux élèves de la 7^e à la 12^e année de réfléchir à la position de leur famille sur une échelle subjective de un à dix (10 : meilleure position; 1 : pire position). L'échelle a ensuite été analysée en fonction d'une division à la médiane :

- **situation socioéconomique faible** : les élèves ont attribué une cote de un à six à leur famille;
- **situation socioéconomique élevée** : les élèves ont attribué une cote de sept à dix à leur famille.

Situation socioéconomique

La situation socioéconomique correspond à la position d'un individu dans la société et est souvent exprimée à l'aide d'un indicateur comme le revenu, le niveau de scolarité, le métier ou la valeur du logement.⁹²

Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN)

Les définitions des établissements d'alimentation utilisées dans l'Étude de quartiers d'Ottawa sont celles du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN). Les codes du SCIAN suivants ont été utilisés : épiceries (445110); magasins d'alimentation spécialisés (4451); dépanneurs (44512, 445120, 44711); restaurants-minute (722210); restaurants (722110).

BIBLIOGRAPHIE

1. HE, F. J., C. A. NOWSON, et G. A. MACGREGOR. « Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies », *The Lancet*, vol. 367, n° 9507 (2006), p. 320-326.
2. DAUCHET, L., et coll. « Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies », *Journal of Nutrition*, vol. 136, n° 10 (2006), p. 2588-2593.
3. CARTER, P., et coll. « Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis », *British Medical Journal*, vol. 341 (2010), p. c4229.
4. RIBOLI, E., et T. NORAT. « Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 78, n° 3 (2003), p. 559S-569S.
5. *Consommation de fruits et de légumes*, 2010 (en ligne). Statistique Canada, 2011. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11461-fra.htm>>.
6. LANGLOIS, K., et D. GARRIGUET. « Consommation de sucre chez les Canadiens de tous âges », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 3 (2011), p. 27-32.
7. LANGLOIS, K., D. GARRIGUET., et L. FINDLAY. « La composition du régime alimentaire et l'obésité chez les Canadiens adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 4 (2009), p. 11-21.
8. WARBURTON, D. E. R., et coll. « A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults », *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity*, vol. 7 (2010), p. 39.
9. KATZMARZYK, P. T., et I. JANSSEN. « The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update », *Revue canadienne de physiologie appliquée*, vol. 29, n° 2 (2004), p. 90-115.
10. *Activité physique durant les loisirs*, 2009, Statistique Canada, 2010.
11. TREMBLAY, M. S., et coll. « Nouvelles directives canadiennes en matière d'activité physique », *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*, vol. 36, n° 1 (2011), p. 47-58.
12. COLLEY, R. C., et coll. « Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 1 (2011), p. 8.
13. COLLEY, R. C., et coll. « Activité physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 1 (2011).
14. BERENSON, G. S., et coll. « Obesity and cardiovascular risk in children », *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 699 (1993), p. 93-103.

15. BERENSON, G. S., et coll. « Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults: The Bogalusa heart study », *New England Journal of Medicine*, vol. 338 (1998), p. 1650-1656.
16. BIGAARD, J., et coll. « Body fat and fat-free mass and all-cause mortality », *Obesity Research*, vol. 12, n° 7 (2004), p. 1042-1049.
17. PI-SUNYER, F. X. « The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity », *Obesity Research*, vol. 10, suppl. 2 (2002), p. 97S-104S.
18. *Obésité au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé et Agence de la santé publique du Canada, 2011.
19. KATZMARZYK, P. T., et coll. « International conference on physical activity and obesity in children: Summary statement and recommendations », *International Journal of Pediatric Obesity*, vol. 3, n° 1 (2008), p. 3-21.
20. *Embonpoint et obésité chez les adultes (mesures autodéclarées)*, 2009, Statistique Canada, 15 juin 2010, rapport n° 82-625-X.
21. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé : prévalence de l'obésité chez les adultes au Canada et aux États-Unis* (en ligne), Statistique Canada, 2011. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110302/dq110302c-fra.htm>>.
22. *Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2011) et groupes de régions homologues* (en ligne), Statistique Canada, 2012. Sur Internet : <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26;jsessionid=F9DB5544D683B9F080763337E148D5D3?id=1050501&pattern=&p2=37&p1=-1&tabMode=dataTable&stByVal=2&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>>.
23. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007 à 2009* (en ligne), Statistique Canada, 2011. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100113/dq100113a-fra.htm>>.
24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déterminants sociaux de la santé* (en ligne), 2012. Sur Internet : <http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html>.
25. MIKKONEN, J., et D. RAPHAEL. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2011.
26. IP, S., et coll. « Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries », Rockville, Md, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007, coll. « AHRQ publication », n° 07-E007.
27. HORTA, B. L., et coll. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
28. KRAMER, M. S., R. KAKUMA. « Optimal duration of exclusive breastfeeding », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1 (2002).

29. SCOTT, J. A., S. Y. NG, L. COBIAC. « The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 1 (7 février 2012), p. 107.
30. SANTÉ CANADA. *Consultation – La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois – ÉBAUCHE* (en ligne), (consulté le 23 février 2012). Sur Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/infant-nourrisson/recommandations/index-fra.php>>.
31. RAMPERSAUD, G. C., et coll. « Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 105, n° 5 (2005), p. 743-760.
32. MALIK, V. S., M. B. SCHULZE, et F. B. HU. « Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 84, n° 2 (2006), p. 274-288.
33. HERING-HANIT, R., et N. GADOTH. « Caffeine-induced headache in children and adolescents », *Cephalalgia*, vol. 23, n° 5 (2003), p. 332-335.
34. POLLACK, C. P., et D. BRIGHT. « Caffeine consumption and weekly sleep patterns in US seventh-, eighth-, and ninth-graders », *Pediatrics*, vol. 111, n° 1 (2003), p. 42-46.
35. SAVOCA, M. R., et coll. « The association of caffeinated beverages with blood pressure in adolescents », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, n° 5 (2004), p. 473-477.
36. MCCUSKER, R. R., B. A. GOLDBERGER, et E. J. CONE. « Caffeine content of energy drinks, carbonated sodas, and other beverages », *Journal of Analytical Toxicology*, vol. 30, n° 2 (2006), p. 112-114.
37. *Caféine* (en ligne), Santé Canada, 2011. Sur Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/food-aliment/cafeine-fra.php>>.
38. HE, F. J., C. A. NOWSON, et G. A. MACGREGOR. « Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies », *The Lancet*, vol. 367, n° 9507 (2006), p. 320-326.
39. DAUCHET, L., et coll. « Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies », *Journal of Nutrition*, vol. 136, n° 10 (2006), p. 2588-2593.
40. CARTER, P., et coll. « Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis », *British Medical Journal*, vol. 341 (2010), p. c4229.
41. RIBOLI, E., et T. NORAT. « Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 78, n° 3 (2003), p. 559S-569S.
42. ANDERSON, J., et coll. « Health benefits and practical aspects of high-fiber diets. », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, suppl. (1994), p. 1242S-1247S.

43. *5D Vegetable and fruit and consumption* (en ligne), Association of Public Health Epidemiologists of Ontario, 2010. Sur Internet : <<http://www.apheo.ca/index.php?pid=128>>.
44. *Les Canadiens dépensent davantage pour les repas pris au restaurant* (en ligne), Statistique Canada, 2006. Sur Internet : <http://www41.statcan.ca/2006/0163/ceb0163_002-fra.htm>.
45. ARANCETA, J., et coll. « Prevention of overweight and obesity from a public health perspective », *Nutrition Reviews*, vol. 67, suppl.1 (2009), p. S83-S88.
46. SWINBURN, B. A., et coll. « Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity », *Public Health Nutrition*, vol. 7, n° 1A (2004), p. 123-146.
47. SALLIS, J. F., et K. GLANZ. « Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic », *The Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 1 (2009), p. 123-154.
48. ASTRUP, A., et coll. « Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases », *Obesity Reviews*, n° 9, suppl. 1 (2008), p. 48-52.
49. POPKIN, M., L. S. ADAIR, S. W. NG. « Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries », *Nutrition Reviews*, vol. 70, n° 1 (2011), p. 3-21.
50. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE. *Rapport du Sommet mondial de l'alimentation 2002* (en ligne), Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2002. Sur Internet : <<http://www.fao.org/DOCREP/003/W3548F/W3548F00.HTM>>.
51. DAVIS, B., et V. TARASUK. « Hunger in Canada », *Agriculture and Human Values*, vol. 11, n° 4 (1994), p. 50-57.
52. DISHMAN, R., et coll. « Measurement of physical activity », *QUEST*, vol. 53 (2001), p. 295-209.
53. PRINCE S., et coll. « A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 5, n° 56 (2008).
54. JANSSEN, I., et A. G. LEBLANC. « Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 7, n° 40 (2010).
55. TREMBLAY, M. S., et coll. « Nouvelles directives canadiennes en matière d'activité physique », *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*, vol. 36, n° 1 (2011), p. 47-58.
56. BAILEY, R. « Physical education and sport in schools: a review of benefits and outcomes », *Journal of School Health*, vol. 76, n° 8 (2006), p. 397-401.
57. International Physical Activity Questionnaire. Disponible à partir du site : <https://sites.google.com/site/theipaq/>

58. FAULKNER, G. E. J., et coll. « Active school transport, physical activity levels and body weight of children and youth: A systematic review », *Preventive Medicine*, vol. 48, n° 1 (2009), p. 3-8.
59. ACTIVE OTTAWA ACTIF. *Physical Activity Evaluation Report*, Ottawa, Ontario, 2010.
60. TREMBLAY, M. S., et coll. « Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 8 (2011), p. 98.
61. SEDENTARY BEHAVIOUR RESEARCH NETWORK. « Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours” », *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*, 2012. À paraître.
62. LOWRY, R., et coll. « Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender », *Journal of School Health*, vol. 72, n° 10 (2002), p. 413-421.
63. HU, F. B., et coll. « Physical activity and television watching in relation to risk for type 2 diabetes mellitus in men », *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, n° 12 (2001), p. 1542-1548.
64. HU, F. B., et coll. « Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 14 (2003), p. 1785-1791.
65. HU, F. B. « Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes », *Lipids*, vol. 38, n° 2 (2003), p. 103-108.
66. DUNSTAN, D. W., et coll. « Associations of TV viewing and physical activity with the metabolic syndrome in Australian adults », *Diabetologia*, vol. 48, n° 11 (2005), p. 2254-2261.
67. FORD, E. S., et coll. « Sedentary behavior, physical activity, and the metabolic syndrome among U.S. adults », *Obesity Research*, vol. 13, n° 3 (2005), p. 608-614.
68. GRØNTVED, A., et F. B. HU. « Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 305, n° 23 (2011), p. 2448-2455.
69. LAKERVELD, J., et coll. « Abdominal obesity, TV-viewing time and prospective declines in physical activity », *Preventive Medicine*, vol. 53, n° 4-5 (2011), p. 299-302.
70. SHIELDS, M., et M. S. TREMBLAY. « Comportements sédentaires et obésité », *Rapports sur la santé* (en ligne), vol. 19, n° 2 (2008), p. 19-30 (consulté en mars 2012). Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10599/5202411-fra.htm>>.
71. SHIELDS, M., et M. S. TREMBLAY. « Profil du temps passé devant un écran par les adultes canadiens », *Rapports sur la santé* (en ligne), vol. 19, n° 2 (2008), p. 31-43 (consulté en novembre 2009). Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10600-fra.htm>>.

72. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des enfants et des jeunes* (en ligne), février 2011 (consulté en mars 2012). Sur Internet : <<http://www.csep.ca/Francais/view.asp?x=804>>.
73. BAUMAN, A., et coll. « The descriptive epidemiology of sitting. A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 2 (2011), p. 228-235.
74. VAN UFFELEN, J. G., et coll. « Occupational sitting and health risks: a systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, n° 4 (2010), p. 379-388.
75. DUNSTAN, D., et coll. « Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses », *Diabetes Care*, publication sur Internet avant l'impression : 28 février, 2012.
76. NYAARD, H., et coll. « Slow postmeal walking reduces postprandial glycemia in middle – aged women », *Journal of Applied Physiology and Nutrition Metabolism*, vol. 34 (2009), p. 1087-1092.
77. TUDOR-LOCKE, C., et D. R. BASSETT. « How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health », *Sports Medicine*, vol. 34, n° 1 (2004), p. 1-8.
78. KATZMARZYK, P. T. « 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children: 2. Epidemiology of obesity », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 176, n° 8 (2007), suppl., p. S1-13.
79. HRAMIAK, I., et coll. « 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children: 6. Assessment of obesity and its complications in adults », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 176, n° 8 (2007), suppl., p. S1-13.
80. NIH, NHLBI, et OBESITY EDUCATION INITIATIVE. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults* (en ligne), septembre 1998. Sur Internet : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf>.
81. CONNOR GORBER, S., et coll. « A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review », *Obesity Reviews*, vol. 8, n° 4 (2007), p. 307-326.
82. SHIELDS, M., S. CONNOR GORBER, et M. TREMBLAY. « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », Statistique Canada, Ottawa, Canada, 2008, n° 82-003-X au catalogue.
83. DIETZ, W. « Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease », *Pediatrics*, vol. 101, suppl. 2 (1998), p. 518-525.
84. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2007. *Growth reference data for 5-19 years* (en ligne). Sur Internet : <<http://www.who.int/growthref/en/>>.
85. NEUMARK-SZTAINER, D., et coll. « Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males », *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, n° 2 (2006), p. 244-251.

86. KOSTANSKI, M., et E. GULLONE. « Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 39, n° 2 (1998), p. 255-262.
87. PAGLIA-BOAK, A., et coll. *The mental health and well-being of Ontario students, 1991-2009: Detailed OSDUHS findings* (en ligne), Toronto, ON, Centre de toxicomanie et de santé mentale CAMH, « Research Document Series », n° 29, 2010. Sur Internet : <http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/Detailed_MHReport_2009OSDUHS_Final_Corrected.pdf>.
88. SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* (en ligne), 2003. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight_book_tc-livres_des_poids_tm-fra.php>.
89. BATTRAM, D. S., C. BEYNON, et M. HE. « The reliability and validity of using clothing size as a proxy for waist circumference measurement in adults », *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*, vol. 36, n° 2 (2011), p. 183-190.
90. CHANG, V. W., et N. A. CHRISTAKIS. « Self-perception of weight appropriateness in the United States », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, n° 4 (2003), p. 332-339.
91. BURKE, M. A., F.W. HEILAND, et C. M. NADLER. « From “overweight” to “about right”: evidence of a generational shift in body weight norms », *Obesity*, vol. 18, n° 6 (2010), p. 1226-1234.
92. *A dictionary of epidemiology*, 5^e éd., Oxford, Oxford University Press, 2008.
93. GOODMAN, E., et coll. *Adolescents' perceptions of social status: Development and evaluation of a new indicator*. *Pediatrics*, vol. 108, n° 2 (2001), p. e-31.