

Habitudes de vie et poids

État de situation, programmes en place et
défis pour la région de la Capitale-Nationale

Par :

Marie-Noëlle Caron

Médecin résident en santé communautaire

Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCP(C)

Daniel Paquette, M.D., M.B.A., M.Sc., FRCP(C)

Équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Mars 2006

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du présent rapport :
M^{me} Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût : 10,00 \$ plus TPS (0,84 \$) Total : 12,84 \$
Payable à l'avance par chèque à l'ordre de ASSS-CN

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

ISBN-13 : 978-2-89496-310-4
ISBN-10 : 2-89496-310-6

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2006.
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006.

Référence bibliographique

Caron, M-N., Sauvageau, C. et Paquette, D., (2006). *Habitudes de vie et poids. État de situation, programmes en place et défis pour la région de la Capitale-Nationale*. Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Québec, 67 p.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes suivantes pour leur précieuse collaboration à la réalisation de ce document.

Les intervenants¹ des CSSS associés au Programme intégré de prévention des maladies chroniques de la Capitale-Nationale, 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION :

- Monique Bernier, CSSS de la Vieille-Capitale
- Geneviève Doyon, CSSS de la Vieille-Capitale
- Julie Marcoux, CSSS de la Vieille-Capitale
- Geneviève Dumont, CSSS de Québec-Nord
- Marcelle Lareau, CSSS de Québec-Nord
- Claudia Dumas, CSSS de Québec-Nord
- Mireille Comtois, CSSS de Portneuf
- Martial Tremblay, CSSS de Charlevoix
- Alexandra Racine, CSSS de Charlevoix

Des membres de l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale :

- Michel Beauchemin
- Mario Champagne
- Pascale Chaumette
- France Dionne
- Sonia Dugal
- Guy Gilbert
- Ann Royer
- Christine Simard
- Mylène Turcotte

Des membres de l'équipe Connaissance/Surveillance de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale :

- Manon Côté
- Marc Ferland

¹ Dans ce document, le masculin est utilisé à titre épique.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	3
Liste des graphiques	7
Liste des sigles.....	9
Introduction	11
1 Habitudes de vie et poids : état des connaissances	13
1.1 Activité physique	13
1.2 Alimentation	13
1.3 Tabagisme	14
1.4 Problématique du poids	15
2 Objectif principal	16
3 Objectifs spécifiques	16
4 Méthodologie	17
4.1 Présentation sommaire de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003.....	17
4.2 Variables étudiées.....	18
4.2.1. Activité physique	18
4.2.2. Consommation < 5 fruits et légumes par jour.....	20
4.2.3. Tabagisme	21
4.2.4. Indice de masse corporelle	22
4.2.5. Description des variables utilisées pour les croisements avec les variables dépendantes	23
5 Résultats	25
Section Activité Physique	25
Section Alimentation	34
Section Tabagisme.....	41
Section Poids	44
6 Programmes et campagnes déployés dans la région.....	47
6.1 Activité physique	47
6.2 Alimentation	49
6.3 Tabagisme	50
6.4 Poids.....	52
6.5 Ciblant plus d'une habitude de vie.....	52
7 Défis et enjeux	55
8 Conclusion.....	63
Références	65

LISTE DES GRAPHIQUES

❑ SECTION : Activité physique25

Graphique 1 :	Activité physique de loisir au cours d'une période de 3 mois, 12 ans et plus : % d'inactifs.....	25
Graphique 2 :	Activité physique de loisir selon l'âge : % d'inactifs.....	26
Graphique 3a :	Activité physique de loisir chez les 12-24 ans : % d'inactifs	27
Graphique 3b :	Activité physique de loisir chez les 25-44 ans : % d'inactifs	27
Graphique 3c :	Activité physique de loisir chez les 45-64 ans : % d'inactifs	28
Graphique 3d :	Activité physique de loisir chez les 65 ans et plus : % d'inactifs	28
Graphique 4 :	Activité physique de loisir selon le revenu : % d'inactifs.....	29
Graphique 5 :	Activité physique de loisir : % d'inactifs selon la présence ou non d'enfants de < 5 ans	30
Graphique 6 :	Activité physique de loisir : % d'inactifs selon la présence ou non d'enfants de < 12 ans	31
Graphique 7 :	Bicyclette ou marche pour le travail ou l'école : % sans transport actif.	32
Graphique 8 :	Bicyclette ou marche pour le travail ou l'école, selon le sexe : % sans transport actif	33

❑ SECTION : Alimentation34

Graphique 9 :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 12 ans et plus	34
Graphique 10 :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon l'âge.....	35
Graphique 11a :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 12-24 ans.....	36
Graphique 11b :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 25-44 ans.....	36
Graphique 11c :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 45-64 ans.....	37
Graphique 11d :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 65 ans et plus.....	37
Graphique 12 :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon le revenu.....	38
Graphique 13a :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon la présence ou non d'enfants de < 5 ans.....	39
Graphique 13b :	Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon la présence ou non d'enfants de < 12 ans	40

❑ SECTION : Tabagisme.....41

Graphique 14 :	Fumeurs actuels, 12 ans et plus	41
Graphique 15 :	Tabagisme selon le revenu	42
Graphique 16 :	Première cigarette après le réveil : % dans les 30 premières minutes	43

❑ SECTION : Poids44

Graphique 17 :	Obésité : IMC $\geq$ 30, 18 ans et plus	44
Graphique 18 :	Excès de poids: IMC entre 25,0 et 29,9; 18 ans et plus.....	45
Graphique 19 :	Obésité : IMC $\geq$ 30 selon l'âge	46

LISTE DES SIGLES

ARSEQCA :	Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches
ASPO :	Association pour la santé publique du Québec
CDC :	Centers for disease control and prevention
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP :	Direction régionale de santé publique
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESUTC :	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada
GTPPP :	Groupe de travail provincial sur la problématique du poids
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
IMC :	Indice de masse corporelle
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MELS :	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAR :	Plan d'action régional de santé publique (2004-2007)
PIPMC :	Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 (0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION)
PNSP :	Programme national de santé publique (2003-2012)
PQAT :	Plan québécois d'abandon du tabagisme
URLS :	Unité régionale de loisir et de sport

INTRODUCTION

Les maladies chroniques sont des maladies non contagieuses qui se développent lentement, amènent des incapacités, ont un cours prolongé et sont souvent incurables mais évitables. Ces maladies sont attribuables au cumul et à l'interaction d'un ensemble de facteurs tout au long de la vie d'une personne (National Public Health Partnership, 2001). Parmi ces facteurs, on retrouve les habitudes de vie, l'environnement physique et les conditions socioéconomiques. Ainsi, plusieurs maladies chroniques peuvent être liées de façon causale à diverses habitudes de vie, lesquelles peuvent être en elles-mêmes des facteurs de risque de la maladie (ex. : tabagisme, sédentarité) ou contribuer au développement de facteurs de risque intermédiaires, dont l'excès de poids (Sauvageau, Lepage et Sauvageau, 2002).

Les habitudes de vie ont un caractère modifiable. Il est donc possible d'éviter l'apparition de certaines maladies chroniques par des interventions visant l'adoption de saines habitudes de vie telles l'abstinence tabagique, une saine alimentation et la pratique régulière d'activité physique.

L'importance de la problématique du poids est reconnue et se reflète dans les objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Ainsi, ce dernier propose des activités alliant des approches populationnelle et individuelle à travers lesquelles sont ciblés plusieurs déterminants. Différents types et stratégies d'intervention sont possibles, dont l'éducation à la santé, la modification des conditions environnementales et les pratiques cliniques préventives, dont le dépistage et le counselling portant sur les saines habitudes de vie (MSSS, 2003).

Tel que décrit dans le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* (PAR), de nombreux programmes d'intervention visant à modifier les facteurs de risque des maladies chroniques sont déjà implantés sur les différents territoires de la région de la Capitale-Nationale. Ces interventions sont majoritairement regroupées à l'intérieur du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 (PIPMC), nommé 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. À ses débuts en 2002, ce programme concentrait ses efforts sur la population adulte. La programmation inclut progressivement des interventions ciblant plus spécifiquement les jeunes. Le programme propose des interventions axées sur la promotion de saines habitudes de vie touchant le tabagisme², l'alimentation et l'activité physique (Dugal *et al.*, 2004) et les regroupe autour de deux volets : les actions éducatives et les actions environnementales. Le 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION a pour objectif principal la réduction des maladies chroniques dans la région de la Capitale-Nationale et une amélioration de 10 %, d'ici 2012, des trois habitudes de vie mentionnées précédemment.

Simultanément, une démarche visant à mobiliser les différents partenaires impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie et la problématique du poids est aussi en branle dans la région. L'importance de la problématique, la volonté des partenaires et le contexte politique favorable sont tous des éléments ayant mené à cette mobilisation. On vise ainsi à assurer une meilleure coordination des actions, à diffuser un message cohérent et à mettre les ressources en

² La composante *zéro tabagisme* du 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION vise l'absence tant de la consommation de tabac que de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE). Par contre, dans le présent document qui traite des habitudes de vie sous l'angle du poids, la composante portant sur la fumée de tabac dans l'environnement ne sera pas analysée.

commun (Sauvageau, 2005). Une telle mobilisation a pour objectif de promouvoir les saines habitudes de vie et d'agir sur la question du poids afin d'améliorer la santé des gens de la région. Les partenaires visent à mettre en place un modèle novateur misant sur la création d'environnements favorables. Au moment d'écrire ce document, six cibles prioritaires visant à orienter les actions se dégagent déjà des discussions du groupe régional de partenaires : déplacements/transports actifs et sécuritaires, aménagement et animation des aires de jeux municipales, scolaires, communautaires et des CPE, offre alimentaire en quantité et en qualité (consommation de fruits et légumes comme première mesure), absence de fumée de tabac dans l'environnement, information/formation/recherche/évaluation sur la problématique du poids et les habitudes de vie et la promotion/marketing/lobby de ces thèmes.

Des données issues de l'*Enquête de santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) 2003 fournissent de l'information sur divers déterminants de la santé dont les habitudes de vie. À la suite d'une entente particulière entre l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et Statistique Canada, ces informations ont été recueillies à un niveau de précision supplémentaire et permettent donc d'obtenir des données pour chacun des anciens territoires de CLSC. Bien que plusieurs activités de promotion des habitudes de vie soient bien implantées dans la région, les données antérieures ne permettaient pas de décrire l'état de la situation à l'échelle locale (anciens territoires de CLSC). Il apparaît donc intéressant d'interpréter ces résultats d'enquête, d'en extraire les points les plus pertinents et ensuite de les présenter aux porteurs des dossiers des organisations et établissements concernés.

1. Habitudes de vie et poids : état des connaissances

Cette section dresse un aperçu de la situation sur les trois habitudes de vie ciblées et définit leur lien avec la problématique du poids.

1.1. Activité physique

Les bienfaits de la pratique d'activités physiques sont reconnus depuis longtemps : diminution des risques de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'hypertension, d'obésité, de certains cancers et augmentation du bien-être. Or, à l'échelle planétaire, on note de façon générale une plus grande propension à la sédentarité. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que la proportion d'adultes ayant une activité physique à domicile a sensiblement chuté avec la modernisation (OMS, 2003b). Aux États-Unis, 29 % des adultes ne pratiquent pas régulièrement d'activités physiques de loisir et seulement 25 % respectent les niveaux d'activité physique recommandés (CDC, 2001). Au Canada, plusieurs enquêtes nationales indiquent que la majorité des Canadiens ne seraient pas suffisamment actifs pour retirer les nombreux bénéfices sur la santé (ICIS, 2004). Chez les jeunes Québécois de 12 à 17 ans, on note que 30 % sont peu ou pas actifs durant leurs loisirs (Nolin et Hamel, 2005a), c'est-à-dire qu'ils ne font pas au moins une heure d'activité physique d'intensité moyenne ou plus élevée à tous les jours ou presque (Kino-Québec, 2005).

L'activité physique joue un rôle important dans la régulation physiologique du poids. En particulier, elle agit sur la dépense énergétique totale, le bilan lipidique et les apports alimentaires (OMS, 2003b). On remarque actuellement que la tendance à l'augmentation de l'obésité semble s'accompagner en parallèle d'une diminution de l'activité physique et d'une augmentation des comportements sédentaires (OMS, 2003b).

1.2. Alimentation

Nous assistons présentement à une importante transition nutritionnelle à l'échelle mondiale (OMS, 2003a). En effet, l'alimentation subit des changements quantitatifs et qualitatifs. Les nouveaux modes de vie ont créé un besoin croissant de restauration rapide, favorisant la consommation d'aliments plus gras et servis en portions toujours plus grosses (ICIS, 2004; GTPPP, 2003; ASPQ et GTPPP, 2005). Par ailleurs, la publicité peut inciter à choisir des aliments à plus forte densité énergétique et de plus faible valeur nutritive (ICIS, 2004; GTPPP, 2003; ASPQ et GTPPP, 2005).

La transition nutritionnelle favorise donc une alimentation composée d'aliments à haute teneur énergétique, ayant un contenu élevé en gras et en sucres mais un apport pauvre en fibres et en fruits et légumes (OMS, 2003a; ICIS, 2004). Au Canada, 59 % de la population âgée de 12 ans et plus consommerait moins de cinq fruits et légumes par jour (Statistique Canada, 2004b). L'Enquête sociale de santé auprès des enfants et des adolescents québécois – volet nutrition (Lavallée et Stan, 2004) révèle que plus de la moitié des jeunes québécois ne consommeraient pas les cinq portions journalières recommandées de fruits et légumes.

Les effets de l'alimentation sur la santé sont importants. La mauvaise alimentation est un facteur de risque bien connu de différents problèmes de santé dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et l'obésité (OMS, 2003a). Les régimes alimentaires énergétiques et riches en gras sont étroitement associés à l'augmentation de la prévalence de l'obésité (OMS, 2003b). D'autres éléments viennent moduler l'effet de l'alimentation sur le maintien d'un poids santé et seront discutés dans la section 1.4.

Pourquoi promouvoir la consommation de fruits et légumes ?

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* recommande de consommer de 5 à 10 portions de fruits et légumes par jour (Santé et Bien-être social Canada, 1992). Outre de nombreux effets bénéfiques sur la santé (ex. : réduction des risques de maladies cardiovasculaires et de certains cancers) (OMS, 2003a), une revue des études récentes suggère que la consommation de fruits et légumes pourrait aider au contrôle du poids en jouant sur la sensation de satiété et en réduisant les apports énergétiques totaux, et ce, indépendamment de l'apport en graisses (Carlton-Tohill, 2005). Cette revue de la littérature insiste toutefois sur le fait que la combinaison de l'augmentation des fruits et légumes et de la réduction des aliments gras donne de meilleurs résultats quant à la perte de poids.

Le 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION a misé sur la consommation d'au moins cinq portions de fruits et légumes par jour puisque ce message est simple et cible un changement spécifique de comportement. De plus, il apparaissait intéressant d'utiliser un message positif et non de type répressif pour inciter les gens à augmenter et maintenir leur consommation de fruits et légumes (Turcotte *et al.*, 2005 ; Faucher *et al.*, 2005).

1.3. Tabagisme

Selon l'OMS, la consommation de tabac est la première cause de décès évitables dans le monde (OMS, 2003c). On associe à la consommation de tabac 75 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques, environ 20 % des maladies cardiovasculaires et 90 % des cancers du poumon (Mackey et Eriksen, 2002). La fumée de tabac affecte non seulement les fumeurs eux-mêmes, mais aussi les non-fumeurs qui y sont exposés.

À l'échelle canadienne en 2003³, plus de cinq millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus étaient des fumeurs, dont près de 80 % fumaient quotidiennement (Statistique Canada, 2004c). Environ 25 % des hommes étaient des fumeurs, une proportion plus élevée que chez les femmes (21 %). Toujours selon cette enquête, il y aurait 26 % de fumeurs au Québec.

Outre ses nombreux effets négatifs sur la santé, le tabagisme comporte certains liens avec la problématique du poids. Ainsi, la cigarette serait un moyen de contrôle du poids, surtout chez les

³ L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC, 2003) représente une enquête annuelle canadienne qui porte exclusivement sur le tabagisme. Puisque cette enquête emploie des indicateurs différents de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 présentée dans le présent document et que ses résultats ne sont pas disponibles à l'échelle des régions, nous ne présenterons pas les données de l'ESUTC.

adolescentes, et le contrôle du poids serait, dans certains cas, un facteur de maintien du tabagisme (Bellerose *et al.*, 2001; ISQ, 2001). On reconnaît aussi que la cessation tabagique peut entraîner un gain de poids chez les adultes de l'ordre de 1 à 4 kg en moyenne et constituer un argument pour ne pas cesser de fumer (Killen, Fortmann et Newman, 1990 ; Williamson *et al.*, 1991). Il est toutefois important de faire valoir que les bénéfices de l'arrêt tabagique sur la santé sont nombreux et que la prise de poids peut être limitée par l'adoption d'une saine alimentation et d'une pratique régulière de l'activité physique (Collège des médecins, 1999). C'est en voulant s'assurer de considérer ces implications réciproques entre tabagisme et poids que la région de la Capitale-Nationale a fait le choix d'inclure le tabagisme dans son approche globale de la problématique du poids.

1.4. Problématique du poids

Selon l'OMS, l'obésité constitue une menace grandissante pour la santé dans l'ensemble des pays du monde (OMS, 2003b). On note sa présence dans l'ensemble des pays et chez des individus de tous âges. Aux États-Unis, on assiste à une augmentation spectaculaire du nombre de cas d'obésité. Ainsi, entre 1986 et 2000, le pourcentage d'adultes souffrant d'obésité (ayant un indice de masse corporelle [IMC] > 30) a doublé, passant de 10 % à 20 % de la population (Sturm, 2003). Au Canada aussi, la proportion de gens obèses aurait plus que doublé entre 1985 et 1998, passant de 5,6 % à 14,8 % (Katzmarzyk, 2002). Selon une autre étude ayant utilisé des mesures anthropométriques, au Canada, chez les adultes, l'obésité aurait progressé de 14 % à 23 % de 1978 à 2004, soit une augmentation de près de 65 % en 25 ans. Au Québec, la proportion de personnes de 20 à 44 ans ayant un IMC supérieur à 27 a augmenté du tiers de 1987 à 1998, passant de 19,8 % à 30,0 % chez les hommes et de 12,1 % à 18,6 % chez les femmes (Ledoux et Rivard, 2000). Les plus récentes données de l'ESCC, volet nutrition (cycle 2.2, 2004), qui sont issues de mesures anthropométriques nous révèlent que la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité serait de 57 % dans la population québécoise de 18 ans et plus (Mongeau *et al.*, 2005). Selon une enquête québécoise sur les enfants de 6 à 16 ans, environ un enfant sur quatre présente un excès de poids (Lavallée et Stan, 2004).

Les conséquences de l'excès de poids sur la santé sont nombreuses et agissent à de multiples niveaux. On remarque donc des effets sur la santé physique, mais aussi sur la composante psychologique des individus. Ainsi, on a observé une diminution de trois ans de l'espérance de vie chez les non-fumeurs présentant un excès de poids⁴ ou de l'obésité (Peeters *et al.*, 2003). Outre la mortalité, l'excès de poids est associé à l'augmentation de plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (hypertension, hauts taux de LDL et de triglycérides, faibles taux de HDL et troubles de tolérance au glucose) et est un déterminant majeur du diabète de type 2, de l'accident vasculaire cérébral, de plusieurs types de cancers, de la cholécystopathie, de troubles ostéo-articulaires et de symptômes respiratoires (OMS, 2003b). Toujours selon l'OMS, une réduction de 10 % de la masse corporelle diminuerait de façon significative le risque de développer une maladie coronarienne.

⁴ Dans ce document, le terme excès de poids est utilisé, tel que proposé dans les Lignes directrices pour la classification du poids chez l'adulte de Santé Canada, 2003. Par contre, d'autres instances emploient les termes surpoids et embonpoint pour désigner le même intervalle d'IMC, soit celui compris entre 25,0 et 29,9 kg/m².

Les conséquences psychosociales reliées à l'obésité méritent aussi d'être considérées. Tant les enfants que les adultes obèses peuvent être victimes de discrimination par leurs pairs et avoir une moins bonne estime d'eux-mêmes (ICIS, 2004). Il semble que les adolescents souffrant d'obésité aient plus de risque d'avoir des troubles émotifs et des difficultés scolaires. On remarque chez les adultes des conséquences psychologiques individuelles (dont les troubles alimentaires) mais aussi un moindre accès à certaines ressources du fait de leur condition (ICIS, 2004).

Les coûts associés à l'obésité sont considérables. En 1997, au Canada, les coûts directs pour traiter les comorbidités associées à un IMC de 27 et plus étaient estimés à plus de 1,8 milliard de dollars (Birmingham *et al.*, 1999). Donc, l'obésité a un coût élevé non seulement au regard des décès prématurés et des soins de santé, mais aussi sur le plan des incapacités et de la baisse de la qualité de vie (OMS, 2003B).

Comme il a été mentionné précédemment, les facteurs alimentaires et l'activité physique modulent grandement le bilan énergétique et constituent les principaux facteurs modifiables ayant un effet sur le contrôle du poids. En particulier, des régimes alimentaires riches en graisses et énergétiques ainsi que des modes de vie sédentaires sont les deux caractéristiques les plus étroitement associées à l'augmentation de la prévalence de l'obésité partout dans le monde (OMS, 2003b).

2. Objectif principal

Analyser les données régionales et locales en lien avec les saines habitudes de vie et la problématique du poids issues de l'ESCC 2003 et en présenter les faits saillants aux porteurs des dossiers régionaux et locaux concernés de la région de la Capitale-Nationale.

3. Objectifs spécifiques

1. Présenter l'ensemble de la démarche d'analyse des données;
2. Présenter les résultats de ces analyses;
3. Établir un parallèle entre les résultats d'enquête obtenus, les programmes en place et les interventions efficaces;
4. Identifier les défis à relever.

4. Méthodologie

La section Méthodologie présente la source de données utilisée aux fins d'analyses ainsi que ses limites, le choix des variables et la rationnelle expliquant celui-ci.

4.1. Présentation sommaire⁵ de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003

Description brève :

- ✓ Il s'agit d'une enquête transversale sur la santé qui fournit un portrait de la situation au moment de l'enquête;
- ✓ Elle fournit des informations de prévalence sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation des services de santé;
- ✓ Elle est réalisée par Statistique Canada aux deux ans (cycle biennal);
- ✓ Les informations sont recueillies par entrevues assistées par ordinateur d'une durée approximative de 45 minutes, réalisées par téléphone ou en face à face;
- ✓ L'analyse des données recueillies est disponible à l'échelle du Canada, des provinces et des régions sociosanitaires;
- ✓ L'enquête est réalisée auprès des personnes de 12 ans et plus vivant dans un logement privé;
- ✓ La taille de l'échantillon pour la région de la Capitale-Nationale (03) en 2003 était de 3478 participants, variant de 380 à 447 participants selon les huit territoires locaux (correspondant aux anciens territoires de CLSC).

Avantages :

- ✓ Le caractère régional et local du contenu et de la mise en œuvre de l'enquête;
- ✓ L'exploration de thèmes particuliers lors des enquêtes provinciales.

Limites :

- ✓ L'information est autodéclarée par les participants;
- ✓ Particulièrement dans le cas des données locales, les faibles nombres peuvent parfois réduire les possibilités d'analyse.

Il est à noter que les analyses porteront sur la composante néfaste de chaque habitude de vie. Ainsi, nous analyserons l'inactivité physique dans les loisirs, la consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour et l'usage du tabac. Cette décision vise à présenter des indicateurs semblables à ceux utilisés à l'intérieur d'autres documents officiels. De plus, conformément à l'approche ayant présentement cours dans le réseau de la santé québécois, les proportions présentées excluent le pourcentage de gens n'ayant pas répondu à la question.

⁵ Le site Internet suivant fournit des informations complètes sur la méthodologie de cette enquête :
http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2.

4.2. Variables étudiées

Cette section présente les variables choisies et la justification de ces choix considérant la littérature et le contexte régional. Le choix des variables a été fait en collaboration avec les responsables des dossiers concernés à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, certains intervenants du PIPMC oeuvrant en CSSS ainsi qu'avec l'appui de l'équipe Connaissance / Surveillance de la DRSP.

De manière générale, les analyses ont été effectuées afin de documenter les tendances régionales et locales au regard de différentes variables choisies en fonction des particularités de la région et des programmes en place.

4.2.1. Activité physique

4.2.1.1. Indice d'activité physique

L'indice de l'intensité de l'activité physique (PACCDPAI), tel que défini par Statistique Canada⁶, se rapporte aux activités physiques de loisir seulement. Ces activités ne sont pas liées au travail et excluent les activités physiques réalisées lors du transport utilisé entre la maison et le travail ou l'école de même que les activités physiques liées aux tâches ménagères quotidiennes.

L'indice d'activité physique permet de différencier trois types de répondants : les personnes actives, les personnes modérément actives et les personnes inactives. La distinction entre les physiquement actifs, les modérément actifs et les inactifs est fonction de la dépense énergétique totale pour toutes les activités liées aux loisirs et s'exprime en kcal/kg/jour. Les seuils utilisés par Statistique Canada qui catégorisent les répondants en fonction de l'intensité de la dépense énergétique sont les suivants :

- ✓ Les personnes actives : ≥ 3 kcal/kg/jour
- ✓ Les personnes modérément actives : entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour
- ✓ Les personnes inactives : $< 1,5$ kcal/kg/jour

À titre d'exemple, 30 minutes de marche rapide (5 à 7 km/h) équivaut à une dépense d'environ 150 kcal (Kino Québec, 1999). Pour une personne de 70 kg, une marche rapide de 30 minutes par jour se situe donc dans la catégorie modérément active de la variable utilisée dans l'ESCC 2003 ($150 \text{ kcal} \div 70 \text{ kg} \approx 2 \text{ kcal/kg/jour}$).

Comme il a été mentionné plus haut, nous nous intéresserons à la portion de la population qui est « inactive » dans les loisirs pour les analyses.

⁶ Pour l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes de 2003, la région avait demandé un échantillon plus grand afin d'obtenir des analyses tant à l'échelle régionale que locale. Ces analyses particulières devaient être basées sur les indicateurs proposés par Statistique Canada. C'est dans ce contexte que le document présente les variables et les indicateurs proposés par Statistique Canada. Il existe d'autres indicateurs du niveau d'activités physiques et il est possible que des publications présentent des indices différents, en particulier celui développé au Québec par l'INSPO (Nolin et Hamel, 2005b).

Rationnelle du croisement de l'indice d'activité physique avec⁷ :

Le sexe :

Des données provinciales semblent indiquer une différence dans la pratique d'activités physiques selon le sexe, à l'avantage des hommes (Statistique Canada, 2004a). Il nous apparaissait pertinent de vérifier la présence de cette association dans la région de la Capitale-Nationale.

L'âge :

Des données provinciales démontrent une diminution de la pratique d'activités physiques avec l'âge (Nolin et Hamel, 2005a).

Le revenu :

Certaines études démontrent une association positive entre la pratique d'activités physiques de loisir et l'augmentation du revenu (Nolin *et al.*, 2002 ; OMS, 2003b).

La présence d'enfants dans le ménage :

Une étude sur l'activité des femmes sur le marché du travail a fait ressortir le manque de temps dû aux obligations familiales comme un obstacle à la pratique d'activités physiques de loisir chez ces femmes (Jaffee *et al.*, 1999). On a aussi trouvé une différence significative entre la présence de jeunes enfants à la maison et la diminution de la pratique d'activités physiques chez les femmes (Marcus *et al.*, 1994).

4.2.1.2. Déplacements actifs

Les déplacements ou transports actifs se définissent comme « l'intégration à son mode de vie de l'activité physique comme moyen de transport » (Kino-Québec, 2005). Plusieurs documents relatent l'importance d'agir à ce niveau : le rapport final du Chantier activité physique et environnements favorables (Lapierre *et al.* 2005), le PAR (DRSP, 2004), les cibles d'action 2005-2008 du programme Kino-Québec (Kino-Québec, 2005) et le rapport d'une consultation de l'OMS intitulé *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* (OMS, 2003b). Dans un contexte où de moins en moins d'effort physique est nécessaire dans l'exécution du travail et des tâches ménagères, l'activité physique de transport et de loisir devient un élément clé pour atteindre un niveau souhaitable d'activité physique (OMS, 2003b).

Différents facteurs liés à l'environnement ont été associés au fait d'utiliser ou non le transport actif. Voici quelques exemples de situations moins favorables au transport actif : régions à population moins dense, accès difficile aux sites (ex. : distance, réseau cyclable mal développé), utilisation des terrains à des fins quasi uniques (ex. : zone résidentielle éloignée des zones commerciales ou récréatives), etc., (Saelens, Sallis et Frank, 2003).

⁷ Les variables utilisées pour faire les croisements sont décrites dans la section 4.2.5.

La variable a été créée à partir de deux variables de l'ESCC 2003 :

1. PACC_4B : nombre d'heures à **bicyclette** pour se rendre au travail ou à l'école et faire des courses pendant une semaine normale au cours des trois derniers mois;
2. PACC_4A : nombre d'heures à **marcher** pour se rendre au travail et à l'école et faire des courses pendant une semaine normale au cours des trois derniers mois.

La catégorie « transport actif » du présent document inclut les individus qui indiquent l'un des choix suivants pour la variable PACC_4B et/ou la variable PACC_4A :

- ✓ Moins d'une heure
- ✓ De 1 à 5 heures
- ✓ De 6 à 10 heures
- ✓ De 11 à 20 heures
- ✓ Plus de 20 heures

La catégorie « absence de transport actif » inclut les individus qui indiquent le choix « *N'en fait pas* » pour chacune des variables PACC_4B et PACC_4A.

Comme il a été mentionné plus haut, nous avons analysé les données se rapportant à la catégorie « absence de transport actif ».

4.2.2. Consommation < 5 fruits et légumes par jour

Le seuil de 5 fruits et légumes par jour correspond à la recommandation minimale formulée dans *Le guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé et Bien-être Canada, 1992) et correspond à la norme proposée par le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION.

La variable étudiée (FVCCDTOT) correspond à la fréquence de consommation quotidienne totale de fruits et légumes. Elle réfère au nombre de fois que l'individu a consommé des fruits ou des légumes (pomme de terre incluse) et non au nombre de **portions** consommées. Elle classe les individus en trois catégories de consommation :

- ✓ Moins de 5 fois par jour
- ✓ De 5 à 10 fois par jour
- ✓ Plus de 10 fois par jour

Comme il a été mentionné plus haut, nous avons analysé les données se rapportant à la catégorie « moins de 5 fois par jour ».

Rationnelle du croisement de la consommation de moins de 5 fruits et légumes avec :

Le sexe :

Des données provinciales démontrent une différence dans la consommation de fruits et légumes selon le sexe, à la faveur des femmes (Statistique Canada, 2004b).

L'âge :

L'analyse de cette variable a pour but de vérifier si, comme c'est le cas pour l'activité physique, l'âge a une influence sur la consommation de fruits et légumes. Des données québécoises démontrent que tant les jeunes que les adultes ne consommeraient pas les cinq portions journalières de fruits et légumes recommandées (Lavallée et Stan, 2004 ; ISQ, 1998).

Le revenu :

Le statut socioéconomique semble aussi avoir une influence sur le type d'alimentation. Les ménages plus pauvres auraient des apports plus énergétiques et basés en plus grande partie sur la consommation de gras. Un plus faible revenu rendrait difficile l'achat d'aliments tels les légumes, les fruits et les céréales complètes, lesquels peuvent être plus dispendieux (OMS, 2003b).

La présence d'enfants dans le ménage :

L'analyse de cette variable a pour but de vérifier si, comme c'est le cas pour l'activité physique, la présence d'enfants dans le ménage a une influence sur la consommation de fruits et légumes. Il existerait toutefois très peu de données à ce sujet dans la littérature.

4.2.3. Tabagisme

Deux variables ont été étudiées : le type de fumeur et le délai pour la première cigarette après le réveil.

Type de fumeur (SMKCDSTY) :

On définit ainsi les fumeurs :

- ✓ Les *fumeurs* regroupent autant les fumeurs réguliers que les fumeurs occasionnels.
- ✓ Les *fumeurs réguliers* sont ceux qui fument actuellement tous les jours.
- ✓ Les *fumeurs occasionnels* sont ceux qui fument actuellement, mais sans fumer tous les jours.
- ✓ Les *anciens fumeurs* sont ceux qui ne fument pas présentement, mais qui ont fait l'expérience d'au moins une cigarette au cours de leur vie.
- ✓ On classe dans la catégorie « n'a jamais fumé » ceux qui n'ont jamais fumé une cigarette complète.

Nous avons analysé les données se rapportant à la catégorie « fumeurs ».

Croisement du type de fumeur avec le revenu : rationnelle du choix

On reconnaît une association entre le tabagisme et les désavantages sociaux et économiques (ISQ, 1998). Par ailleurs, la présence plus marquée du tabagisme dans les milieux défavorisés est un facteur qui contribue probablement de façon importante à la surmortalité et à la morbidité qu'on y recense (MSSS, 2001).

Délai pour la première cigarette après le réveil (NDEC_1) :

Cette variable fournit un indice, parmi d'autres, de la dépendance à la nicotine. Elle s'applique aux fumeurs réguliers de 12 ans ou plus, soit ceux qui fument tous les jours. La variable détermine le moment après le réveil où l'individu fume la première cigarette. Deux catégories ont été créées :

- ✓ De 0 à 30 minutes après le réveil (qui regroupe *Dans les cinq premières minutes* et *6 à 30 minutes après le réveil*).
- ✓ Plus de 30 minutes après le réveil (qui regroupe *31 à 60 minutes après le réveil* et *Plus de 60 minutes après le réveil*).

Nous avons analysé les données se rapportant à la catégorie « de 0 à 30 minutes ».

Croisement du délai pour la première cigarette après le réveil avec le sexe : rationnelle du choix

Le niveau de dépendance à la nicotine serait plus élevé chez les fumeurs de sexe masculin (ESUTC, 2003).

4.2.4. Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure obtenue en divisant le poids de la personne en kilogrammes par sa taille en mètres élevée au carré (kg/m^2). L'IMC permet de classer les individus dans différentes catégories de risque pour la santé, selon des normes reconnues internationalement. On peut appliquer cette mesure aux adultes de 18 ans et plus à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent. L'interprétation de l'IMC doit tenir compte de certaines caractéristiques individuelles, dont la masse musculaire et osseuse, le stade de croissance, l'âge et le groupe ethnique (Santé Canada, 2003).

Tableau 1 : Classification des masses corporelles chez les adultes

Catégories	IMC (kg/m^2)
Poids insuffisant	Moins de 18,5
Poids normal	18,5 à 24,9
Excès de poids	25,0 à 29,9
Obésité	30,0 et plus

Santé Canada, 2003

Limites de l'IMC :

1. Chez les 65 ans et plus, la zone « poids normal » peut s'étendre à partir d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans la zone « excès de poids » (Santé Canada, 2003).
2. Lorsque la taille et le poids sont autorapportés, comme dans l'ESCC de 2003, il est fréquent d'observer une surestimation de la taille et une sous-estimation du poids, particulièrement parmi les gens ayant un excès de poids pouvant conduire à une sous-estimation de l'IMC (Palta *et al.*, 1982 ; Rowland, 1990).
3. L'IMC ne tient pas compte de la distribution de la masse grasse.
4. L'IMC ne différencie pas les types de masse (grasse, musculaire, osseuse).

Nous avons analysé les données se rapportant à l'excès de poids (IMC entre 25,0 et 29,9) et à l'obésité (IMC de 30,0 et plus) et nous avons croisé la catégorie de l'obésité avec l'âge (variable HWTCGISW).

4.2.5. Description des variables utilisées pour les croisements avec les variables dépendantes

Âge (DHHC_AGE)

Pour les groupes d'âge relatifs à l'IMC, les catégories sélectionnées sont les suivantes: 18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus.

Pour les trois autres variables croisées avec l'âge, les catégories sélectionnées sont : 12-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus.

Revenu (INCCDIA4)

- ✓ Revenu total du ménage réparti en quatre catégories en fonction du revenu total et du nombre de personnes :
 - o Faible revenu : moins de 15 000 \$ (1 ou 2 personnes); moins de 20 000 \$ (3 ou 4 personnes); moins de 30 000 \$ (5 personnes et plus).
 - o Revenu inférieur ou moyen : de 15 000 \$ à 29 999 \$ (1 ou 2 personnes); de 20 000 \$ à 39 999 \$ (3 ou 4 personnes); de 30 000 \$ à 59 999 \$ (5 personnes et plus).
 - o Revenu supérieur moyen : de 30 000 \$ à 59 999 \$ (1 ou 2 personnes); de 40 000 \$ à 79 999 \$ (3 ou 4 personnes); de 60 000 \$ à 79 999 \$ (5 personnes et plus).
 - o Revenu supérieur : 60 000 \$ et plus (1 ou 2 personnes); 80 000 \$ et plus (3 personnes et plus).

Sexe (DHHC_SEX)

Homme ou femme.

Présence d'enfants dans le ménage (moins de 5 ans : DHHCDLE5; moins de 12 ans : DHHCDL12)

Cette variable de croisement a été retenue puisque le fait d'avoir de jeunes enfants à la maison aurait des conséquences sur certaines habitudes de vie de la famille, par exemple la pratique d'activités physiques (Marcus *et al.*, 1994). Nous avons donc voulu vérifier l'effet de la présence de jeunes enfants (< 5 ans) et d'enfants de moins de 12 ans sur les habitudes de vie de la famille. De plus, il est intéressant de faire l'état de la situation dans les jeunes familles puisque celles-ci sont au centre de la mobilisation régionale sur les habitudes de vie, le poids et la santé.

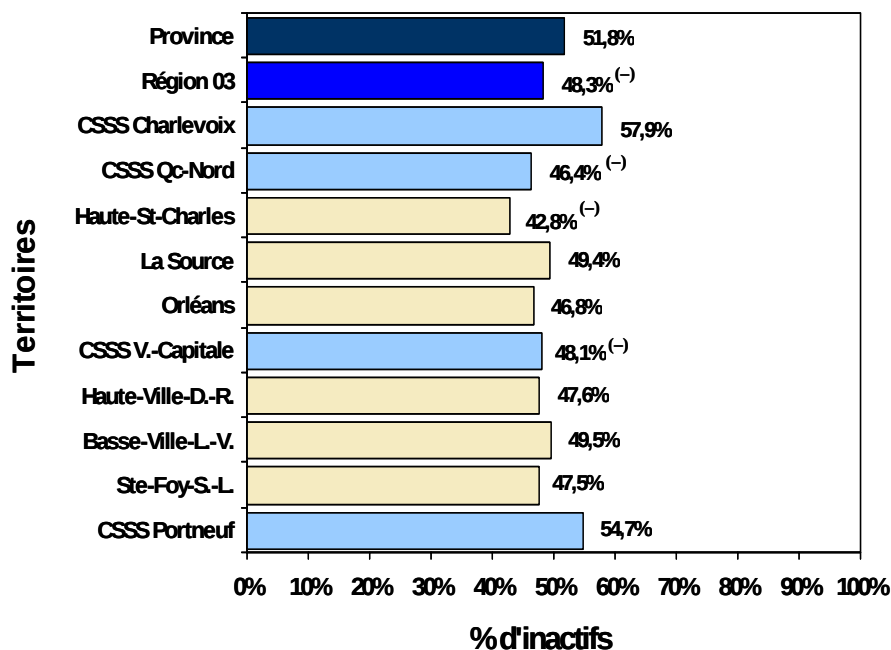
5. Résultats

La section Résultats présente les données analysées sous forme de graphiques généralement accompagnés d'une explication sommaire des faits marquants.

Certains graphiques contiennent des symboles (+ ; -) qui signifient que ces nombres ou pourcentages sont statistiquement différents de celui de la province à un seuil fixé à 0,05. D'autres graphiques comportent des traits rouges représentant des intervalles de confiance à 95 %⁸.

SECTION : ACTIVITÉ PHYSIQUE

Graphique 1 : Activité physique de loisir au cours d'une période de 3 mois, 12 ans et plus : % d'inactifs

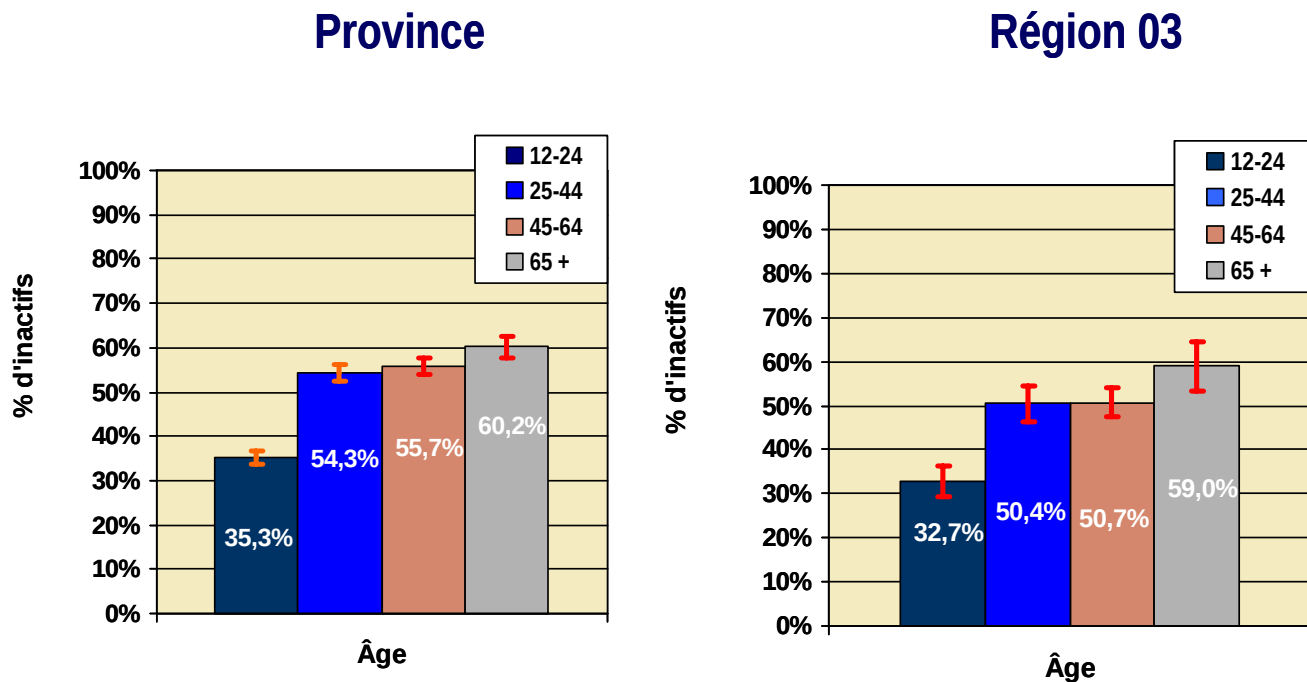


Une proportion significativement plus petite de gens sont inactifs dans la région 03 et dans les territoires suivants comparativement à la province : CSSS de Québec-Nord, Haute-Saint-Charles, CSSS de la Vieille-Capitale.

Données non montrées : les femmes sont plus inactives physiquement dans les loisirs que les hommes (52,1 % vs 44,2 %).

⁸ L'intervalle de confiance fixe les bornes à l'intérieur desquelles on « a confiance » de retrouver la vraie valeur du paramètre mesuré. La largeur de l'intervalle reflète la précision avec laquelle a été estimé le paramètre. Un intervalle de confiance à 95 % dénote une « confiance » à 95 % que l'intervalle en question contienne la valeur vraie du paramètre mesuré (Beaucage et Bonnier Viger, 1996 ; Bernard et Lapointe, 1998).

Graphique 2 : Activité physique de loisir selon l'âge : % d'inactifs

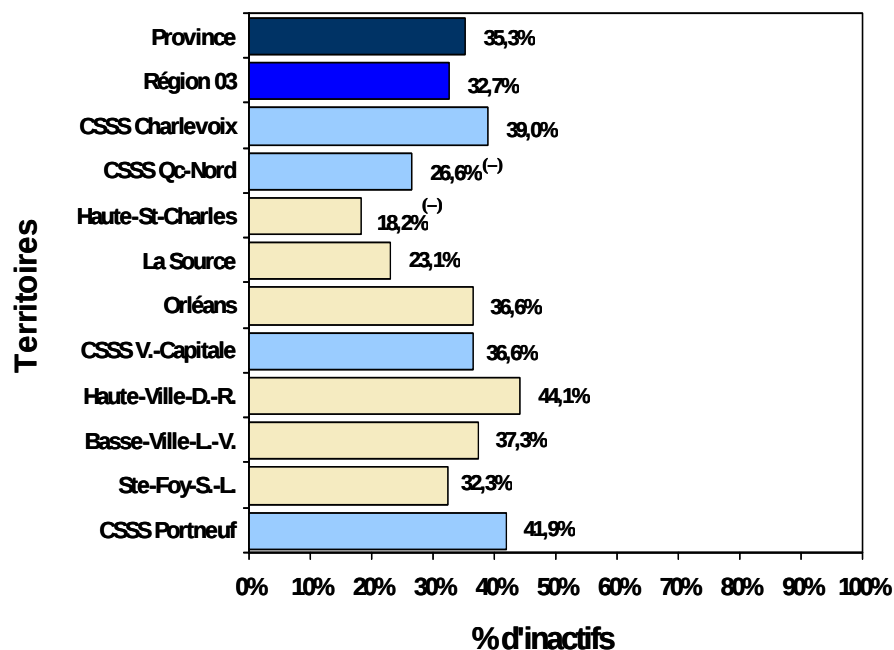


Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, on observe une augmentation de la proportion d'individus inactifs avec l'âge. La proportion de gens inactifs dans la région 03 est semblable à celle observée dans l'ensemble de la province.

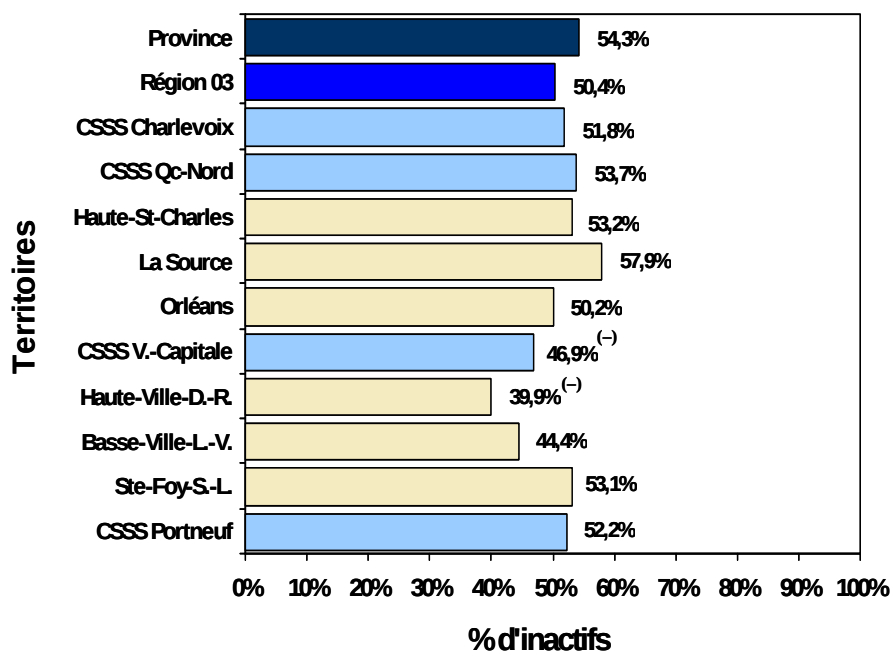
Dans la province, lorsqu'on compare les groupes d'âge selon leur proportion de gens inactifs, on note une différence statistiquement significative entre les groupes extrêmes (12-24 et > 65 ans). Les deux groupes intermédiaires sont semblables, mais on note une tendance à l'augmentation des inactifs avec l'âge.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les mêmes observations s'appliquent.

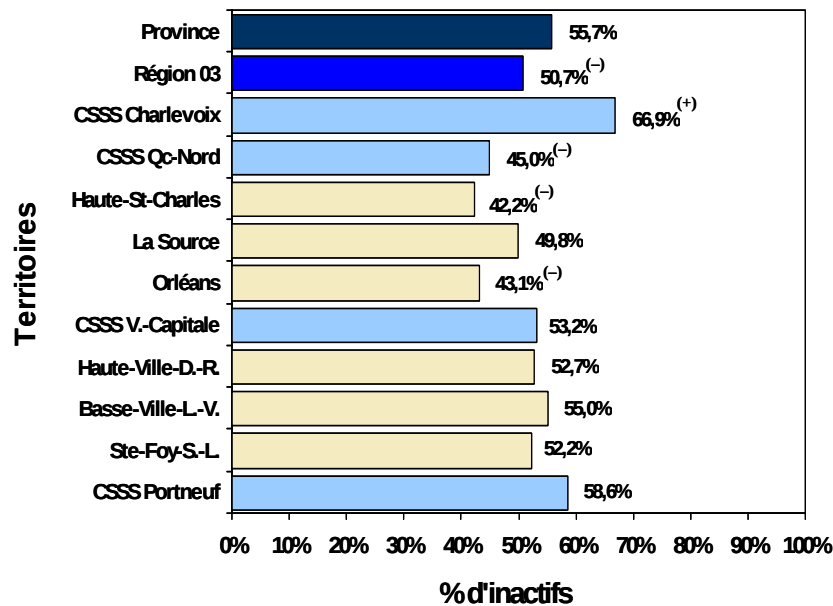
Graphique 3a : Activité physique de loisir chez les 12-24 ans : % d'inactifs



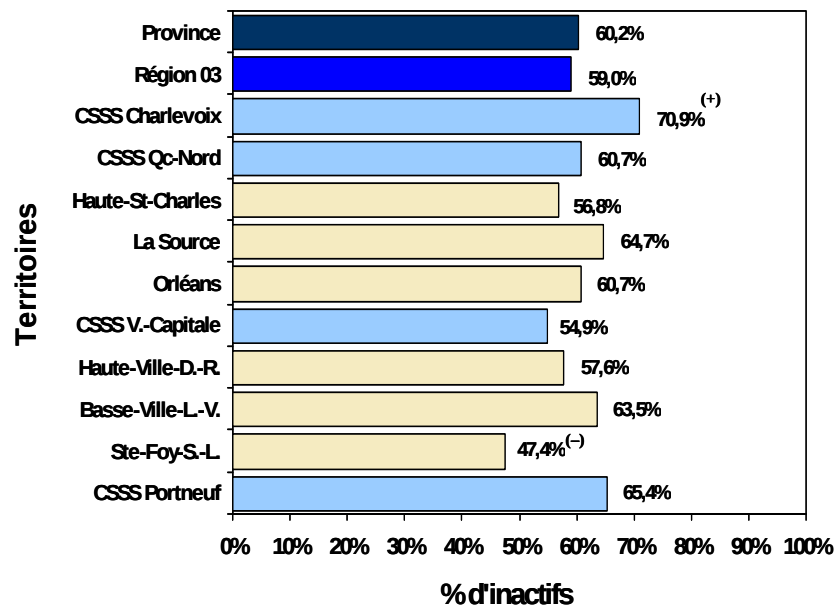
Graphique 3b : Activité physique de loisir chez les 25-44 ans : % d'inactifs



Graphique 3c : Activité physique de loisir chez les 45-64 ans : % d'inactifs

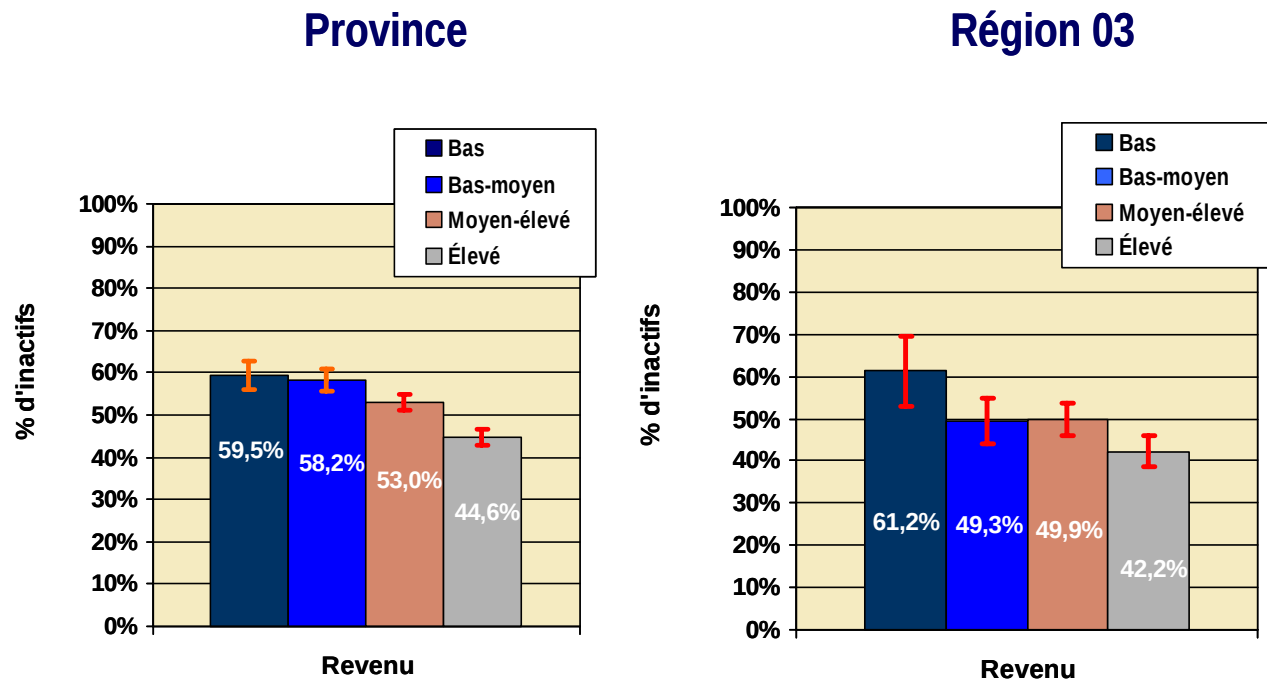


Graphique 3d : Activité physique de loisir chez les 65 ans et plus : % d'inactifs



Comparativement à la province, on observe une proportion plus faible de gens inactifs sur le territoire de Québec-Nord chez les 12-24 ans. Chez les 25-44 ans, une proportion plus faible de gens inactifs se retrouve sur le territoire de la Vieille-Capitale. Une proportion plus faible de gens inactifs est présente sur le territoire de Québec-Nord chez les 45-64 ans. Chez les 65 ans et plus, on note une proportion plus élevée de gens inactifs sur le territoire de Charlevoix.

Graphique 4 : Activité physique de loisir selon le revenu : % d'inactifs



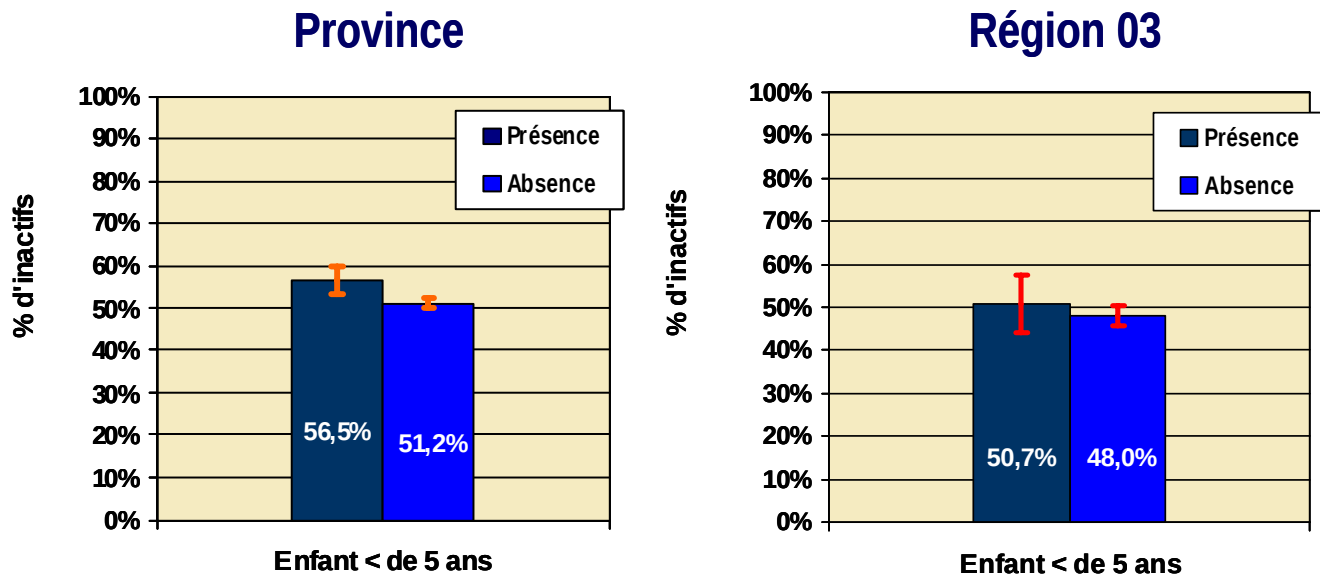
Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, on observe une diminution de la proportion d'individus inactifs avec la hausse du revenu.

Dans la région 03, on note une différence significative entre la catégorie de revenu supérieure (42,2 %) et la catégorie inférieure (61,2 %).

Dans la province, les mêmes observations s'appliquent.

Données non montrées : en général, il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'individus inactifs dans les différents territoires de CSSS et dans l'ensemble de la province.

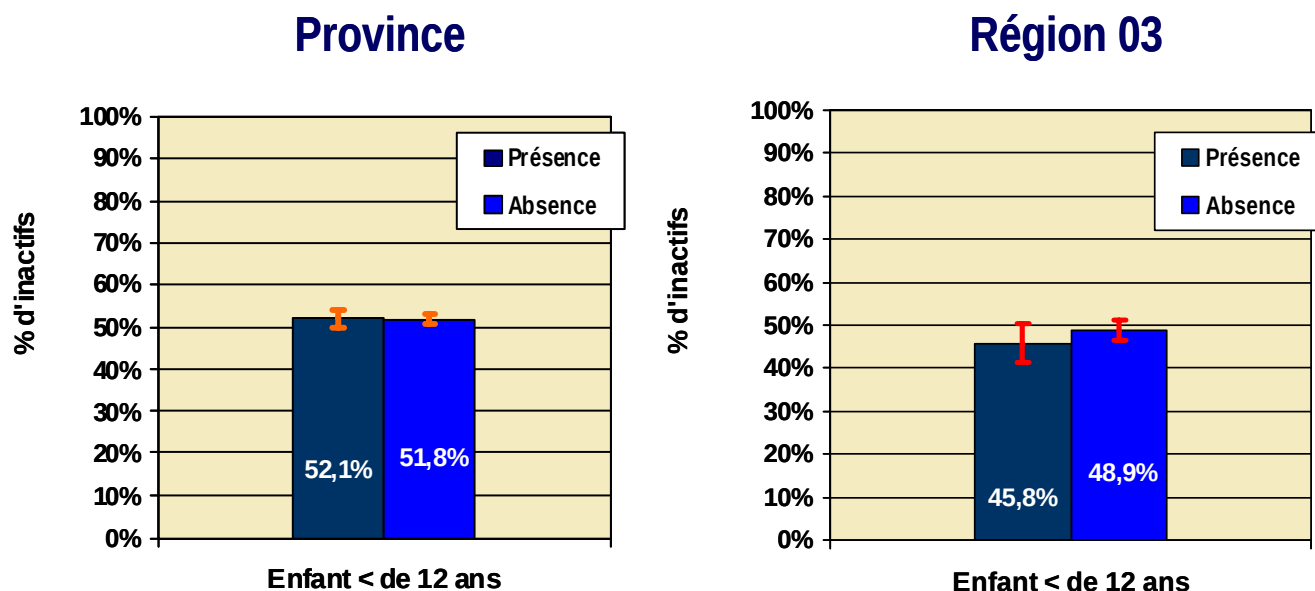
Graphique 5 : Activité physique de loisir : % d'inactifs selon la présence ou non d'enfants de < 5 ans



Dans la province, la proportion de gens inactifs dans les ménages AVEC enfants de < 5 ans est significativement plus grande que la proportion de gens inactifs SANS enfants de < 5 ans (56,5 % vs 51,2 %). La même tendance est observée dans la région 03.

Données non montrées : sur le territoire de Québec-Nord, la proportion de gens inactifs (avec enfants de < 5 ans) est significativement moindre que dans l'ensemble de la province (46 % vs 51,2 %).

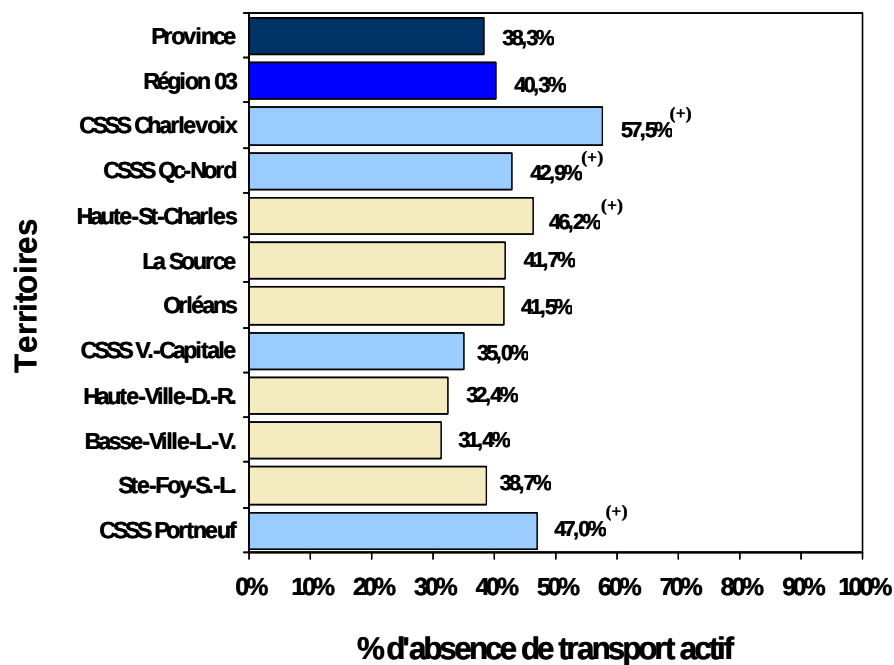
Graphique 6 : Activité physique de loisir : % d'inactifs selon la présence ou non d'enfants de < 12 ans



Dans la province et la région 03, la proportion de gens inactifs dans les ménages AVEC enfants de < 12 ans n'est pas différente de la proportion de gens inactifs dans les ménages SANS enfants de < 12 ans. La présence d'enfants en bas âge (< 5 ans) apparaît davantage associée à l'inactivité physique.

Données non montrées : qu'il y ait ou non présence d'enfants de < 12 ans dans le ménage, la proportion de gens inactifs est moindre dans la région 03 que dans l'ensemble de la province.

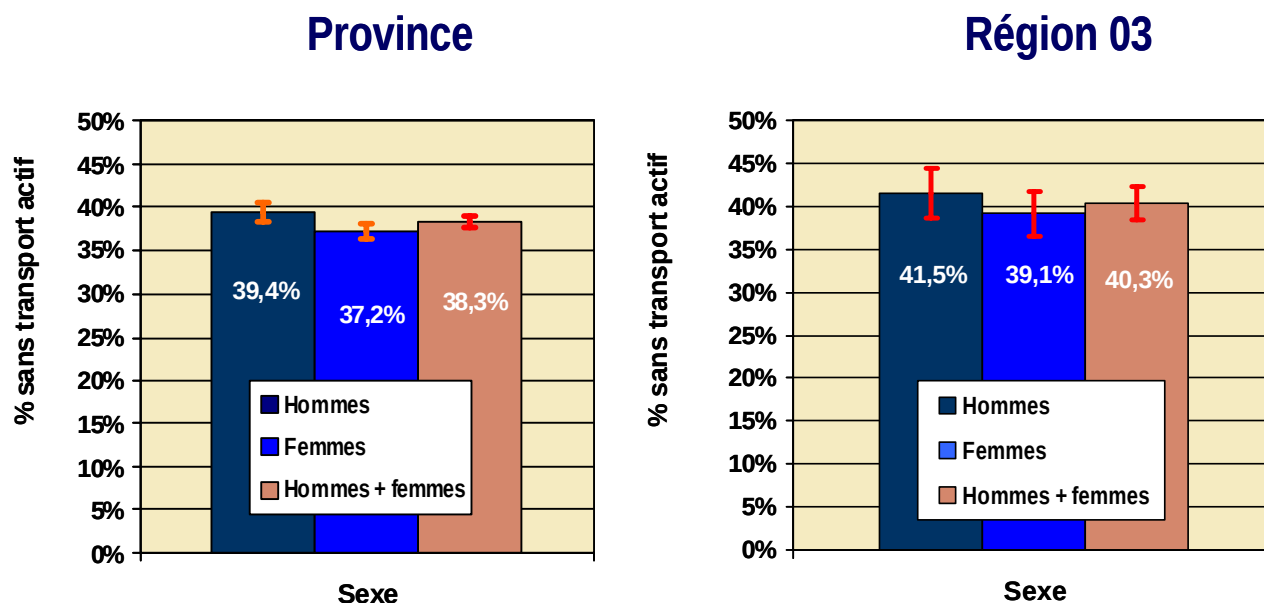
Graphique 7 : Bicyclette ou marche pour le travail ou l'école : % sans transport actif



La proportion d'individus qui n'utilisent pas de transport actif est semblable dans la région 03 et dans l'ensemble de la province.

Moins de gens utilisent le transport actif dans les territoires ruraux (Charlevoix et Portneuf) ainsi que dans le territoire de Québec-Nord, surtout dans le secteur de la Haute-Saint-Charles.

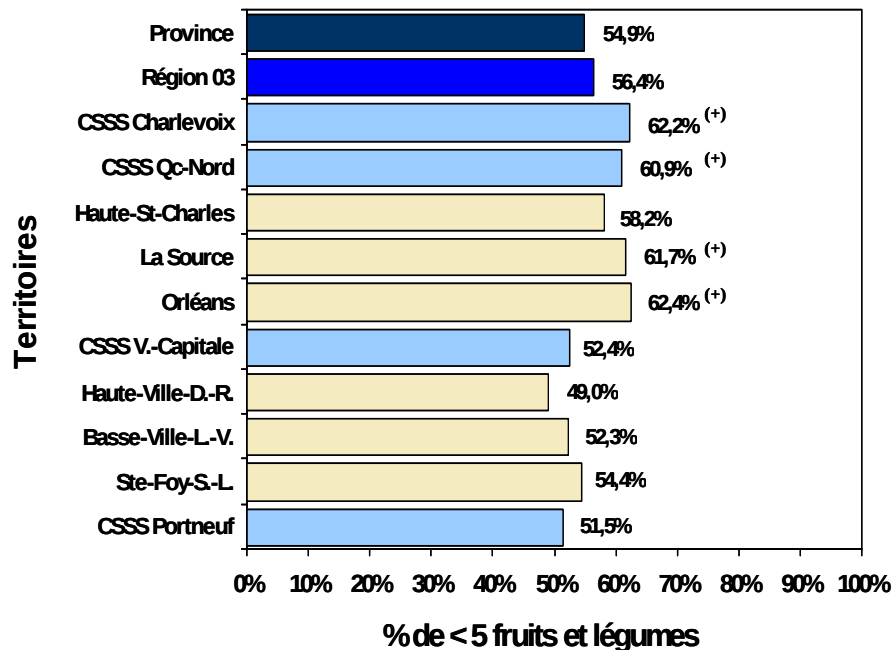
Graphique 8 : Bicyclette ou marche pour le travail ou l'école, selon le sexe : % sans transport actif



Il n'y a pas de différence significative entre les sexes quant à la proportion d'individus n'utilisant pas le transport actif, tant dans la province que dans la région.

SECTION : ALIMENTATION

Graphique 9 : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 12 ans et plus



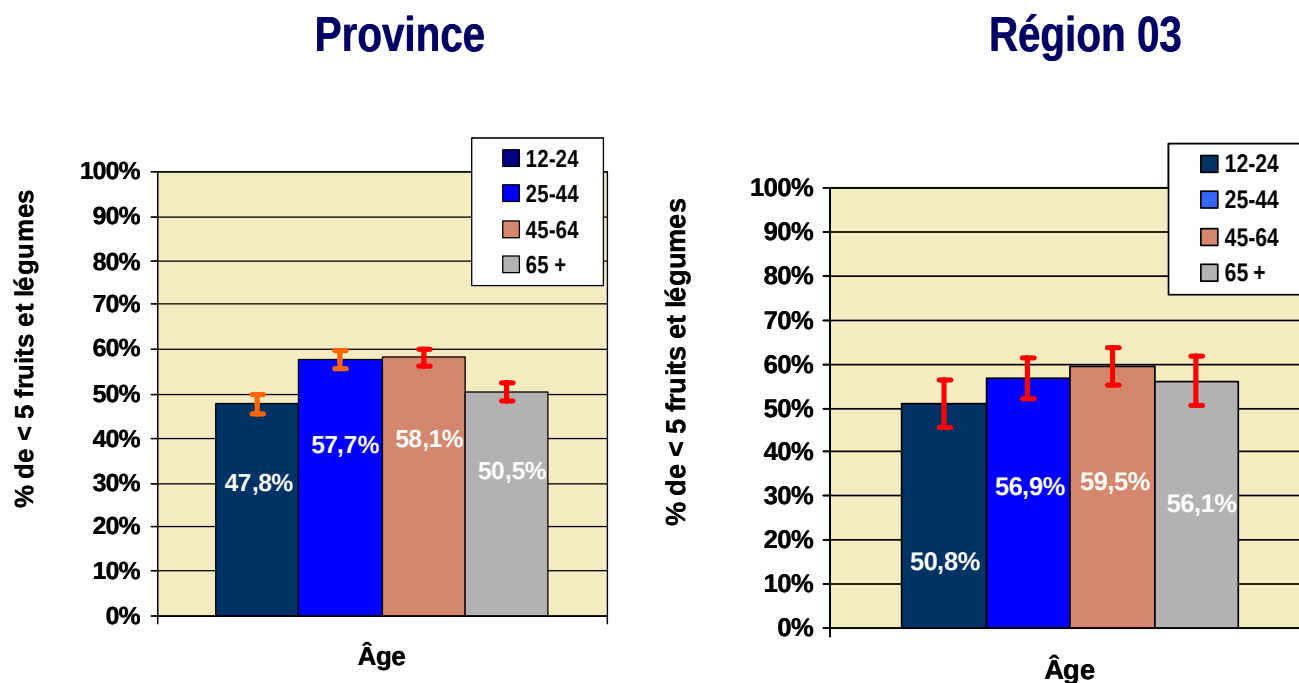
Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, plus de la moitié des répondants consomment moins de 5 fois/jour de fruits et légumes.

La proportion de gens consommant moins de 5 fois/jour de fruits et légumes est semblable dans la province et dans la région 03 (54,9 % et 56,4 %).

Une plus grande proportion de gens consomment moins de 5 fois/jour de fruits et légumes dans les territoires suivants : Charlevoix, Québec-Nord, La Source, Orléans.

Données non montrées : les hommes mangent moins de fruits et légumes que les femmes (66,1 % vs 47,6 %).

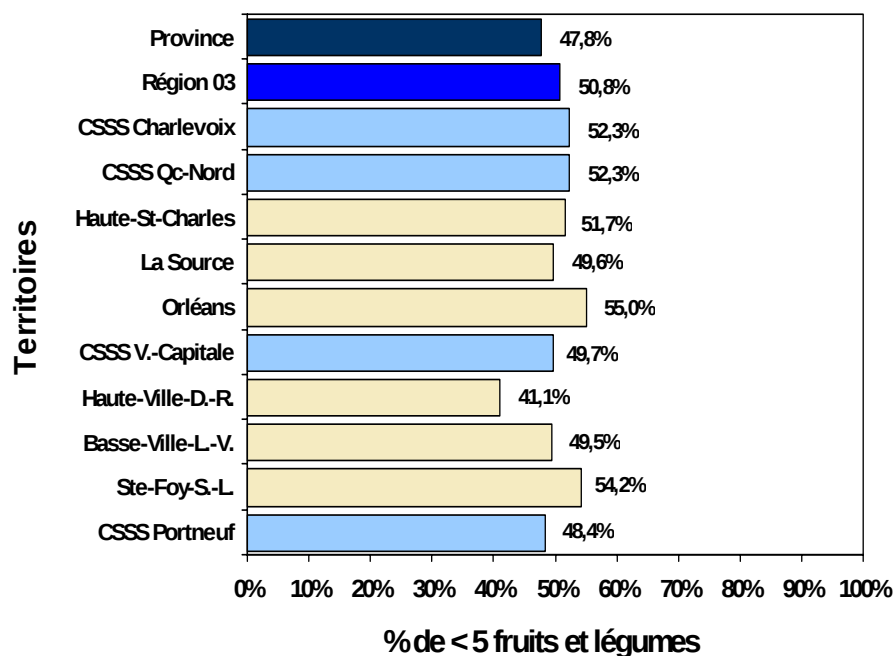
Graphique 10 : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon l'âge



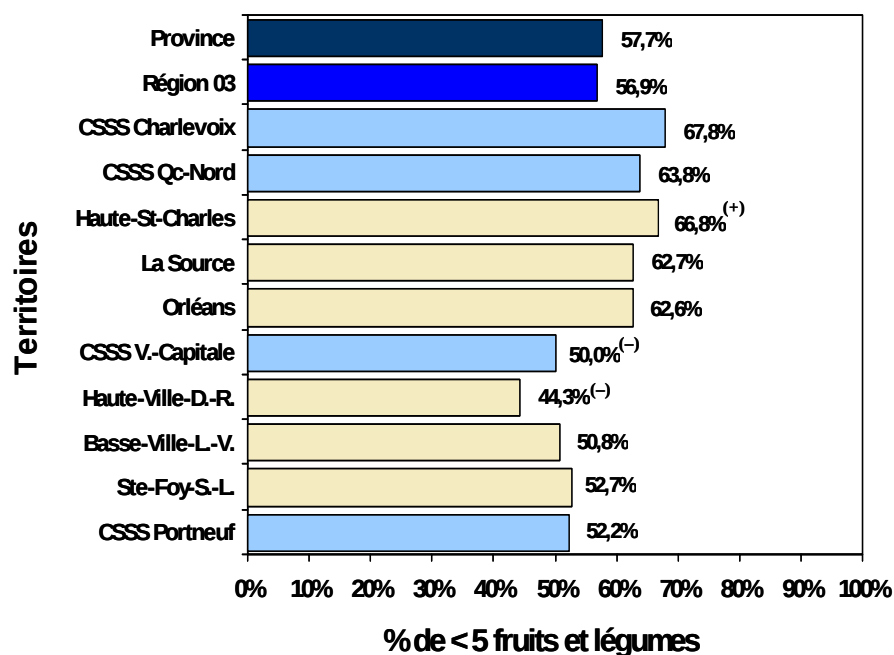
Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, on observe une augmentation de la proportion de gens consommant moins de 5 fois/jour de fruits et légumes avec l'âge (12 à 64 ans).

Dans la province, les 12-24 ans sont significativement différents des 25-44 ans et des 45-64 ans. On retrouve la même tendance dans la région 03.

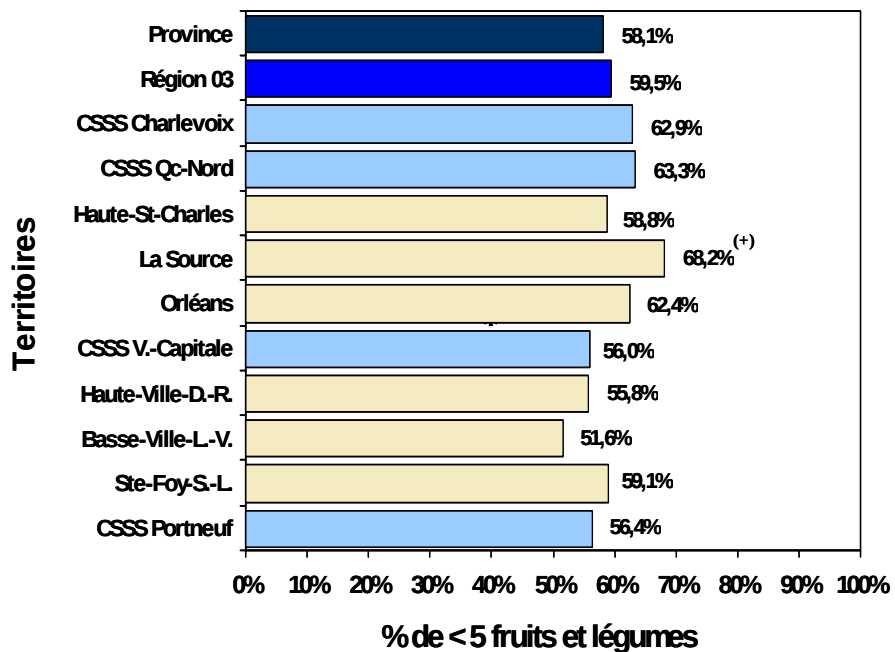
Graphique 11a : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 12-24 ans



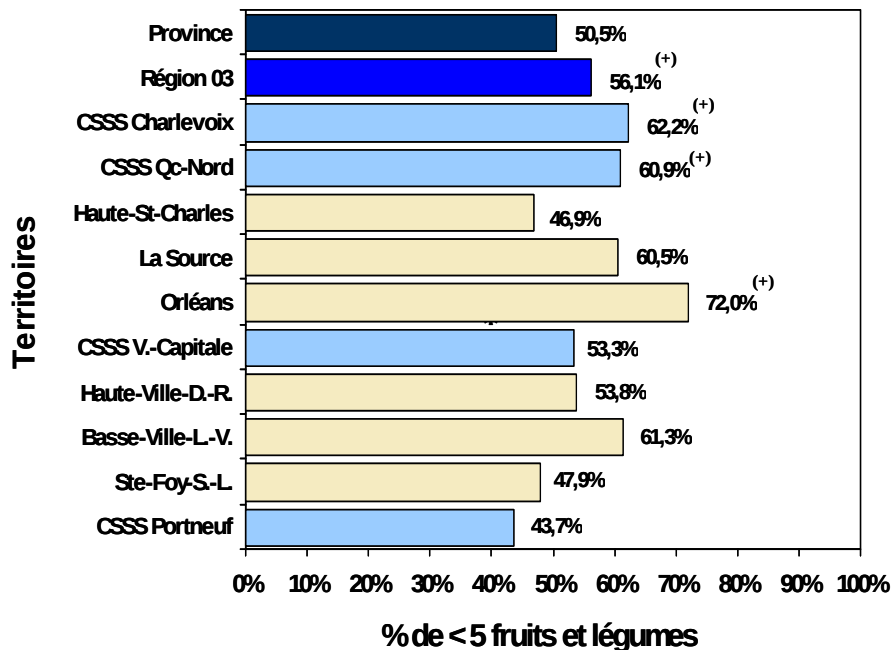
Graphique 11b : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 25-44 ans



Graphique 11c : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 45-64 ans

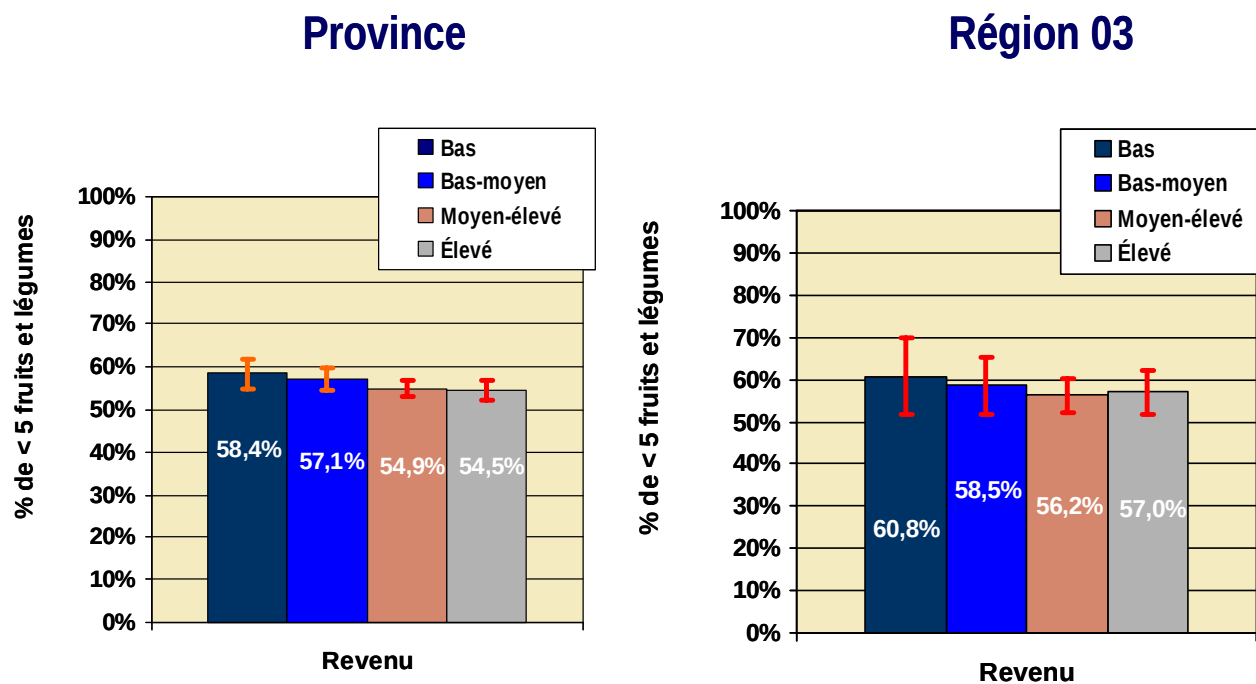


Graphique 11d : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes chez les 65 ans et plus



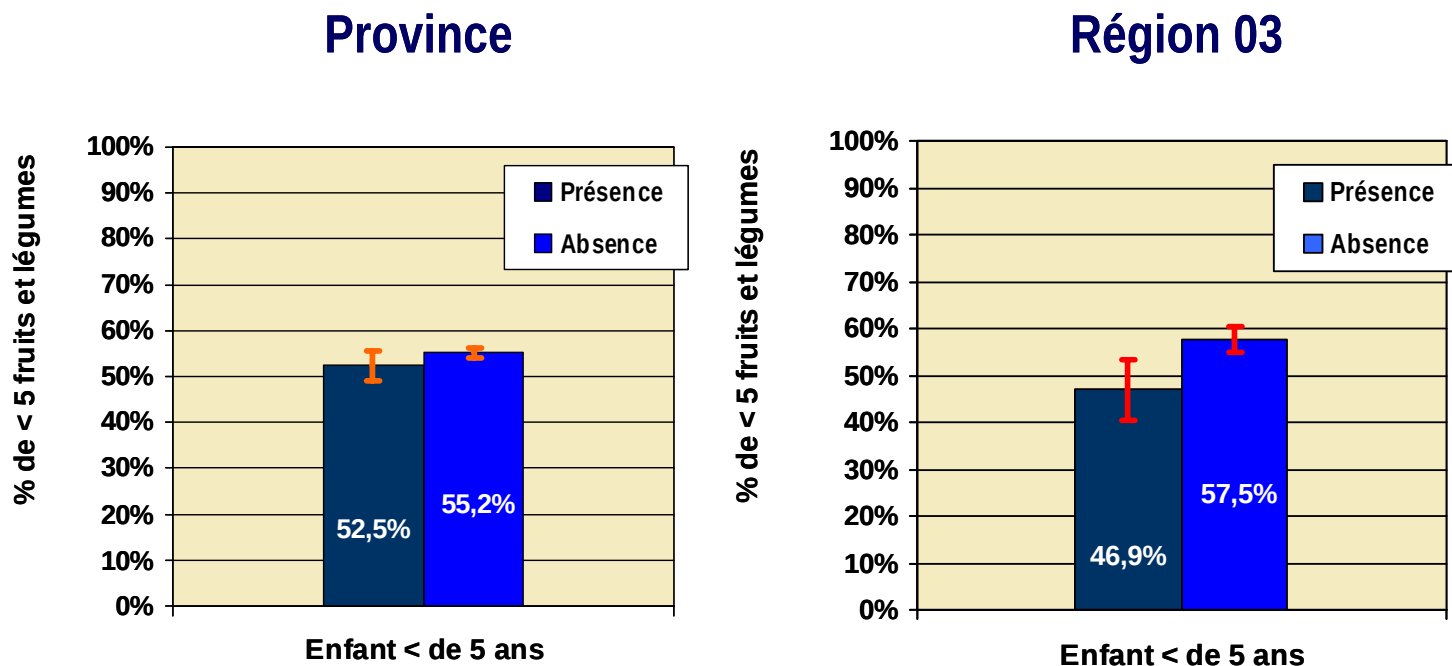
Dans chaque groupe d'âge, la proportion de gens consommant moins de 5 fois/jour de fruits et légumes dans la région 03 est généralement semblable à celle observée dans l'ensemble de la province.

Graphique 12 : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon le revenu



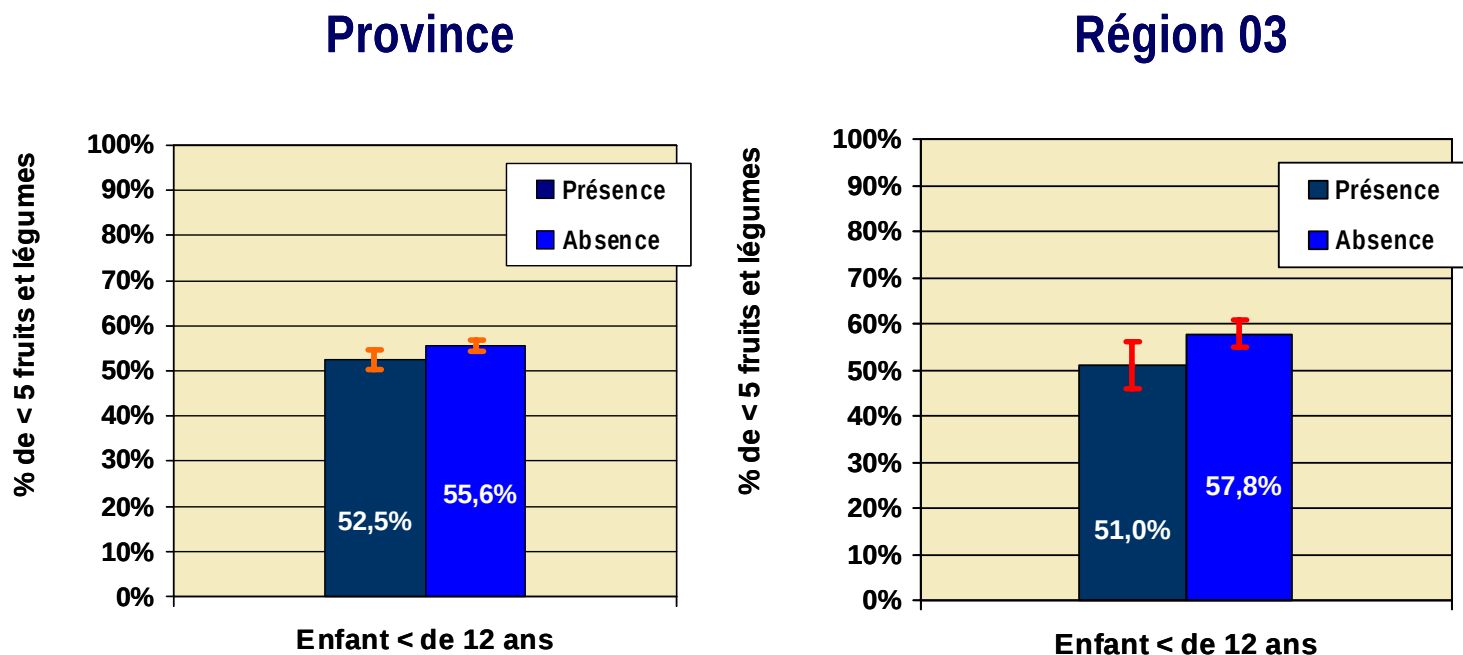
Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, on note une tendance entre la faible consommation de fruits et légumes et la baisse du revenu.

Graphique 13a : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon la présence ou non d'enfants de < 5 ans



Dans la région 03, la proportion de gens consommant moins de 5 fois/jour de fruits et légumes est significativement plus grande en l'absence d'enfants de < 5 ans dans le ménage (57,5 % vs 46,9 % en présence d'enfants de < 5 ans).

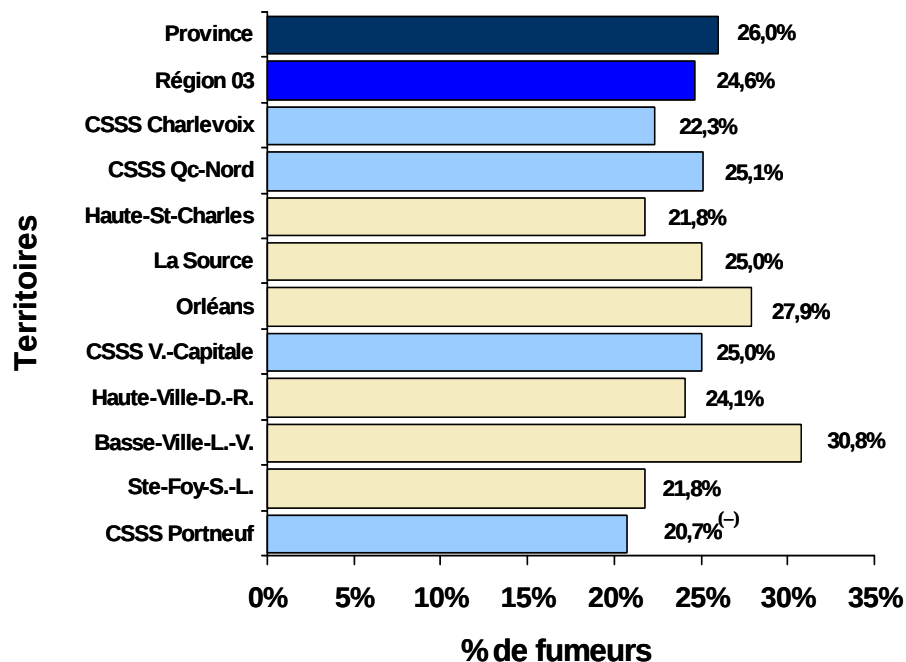
Graphique 13b : Consommation < 5 fois/jour de fruits et légumes selon la présence ou non d'enfants de < 12 ans



Dans la province et la région 03, on note une tendance non statistiquement significative indiquant que la faible consommation de fruits et légumes serait moins présente dans les ménages AVEC enfants de < 12 ans comparativement aux ménages SANS enfants de < 12 ans.

SECTION : TABAGISME

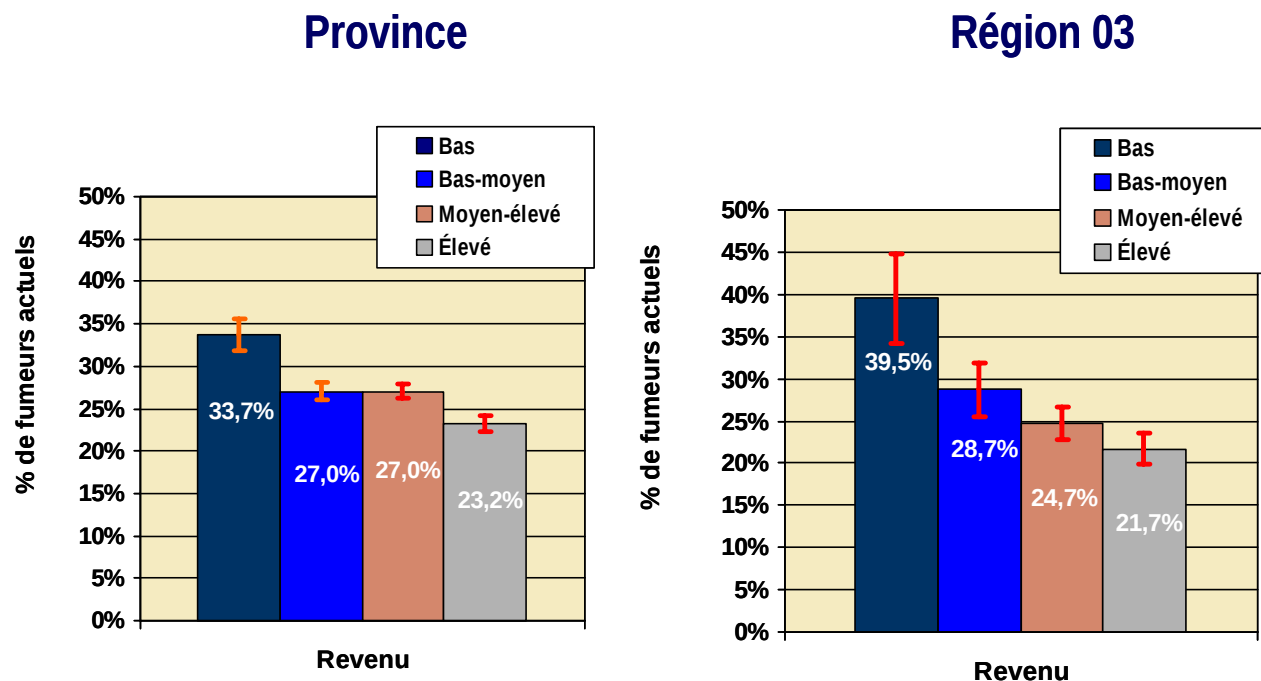
Graphique 14 : Fumeurs actuels, 12 ans et plus



Dans la région 03, 24,6 % des 12 ans et plus sont des fumeurs actuels (réguliers et occasionnels). Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée dans l'ensemble de la province (26 %).

On retrouve significativement moins de fumeurs sur le territoire de Portneuf (20,7 %) que dans l'ensemble de la province.

Graphique 15 : Tabagisme selon le revenu

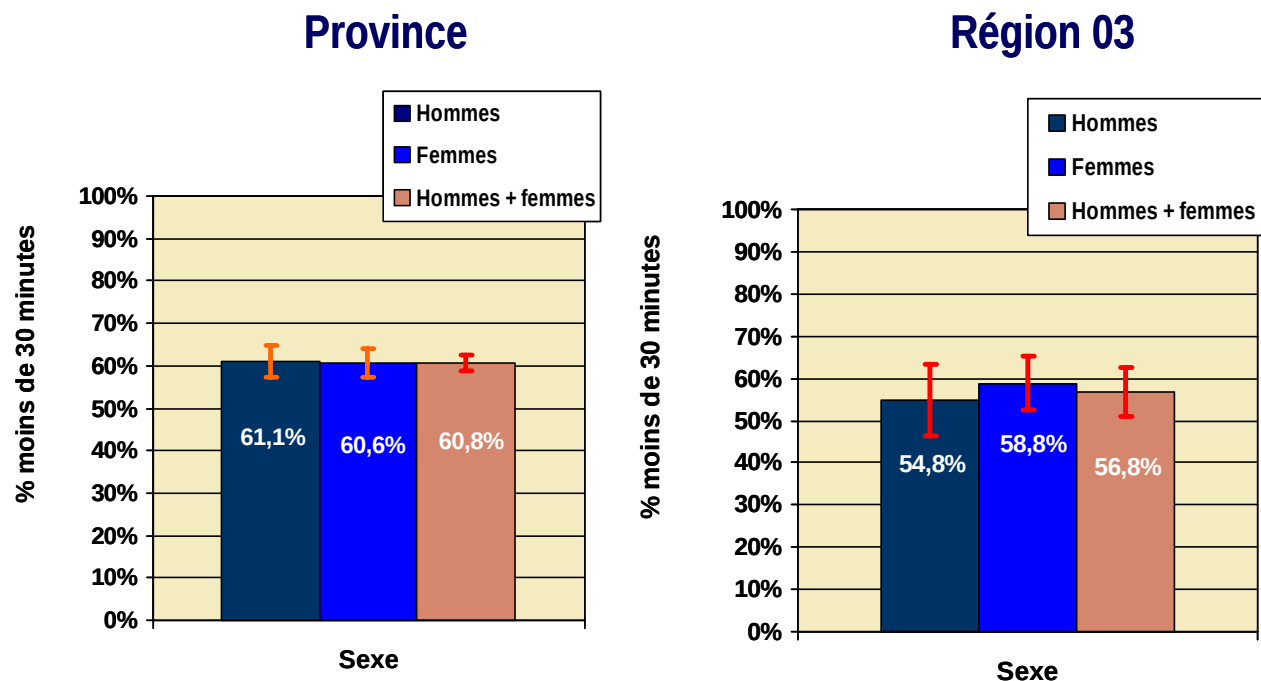


Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, on observe une diminution de la proportion d'individus qui fument avec la hausse du revenu.

Pour chaque catégorie de revenu, la proportion de fumeurs actuels est semblable dans la province et dans la région 03.

Dans la province, on note une différence significative entre la proportion d'individus qui fument dans la catégorie inférieure de revenu et celles des trois autres catégories; on observe la même tendance dans la région 03.

Graphique 16 : Première cigarette après le réveil : % dans les 30 premières minutes



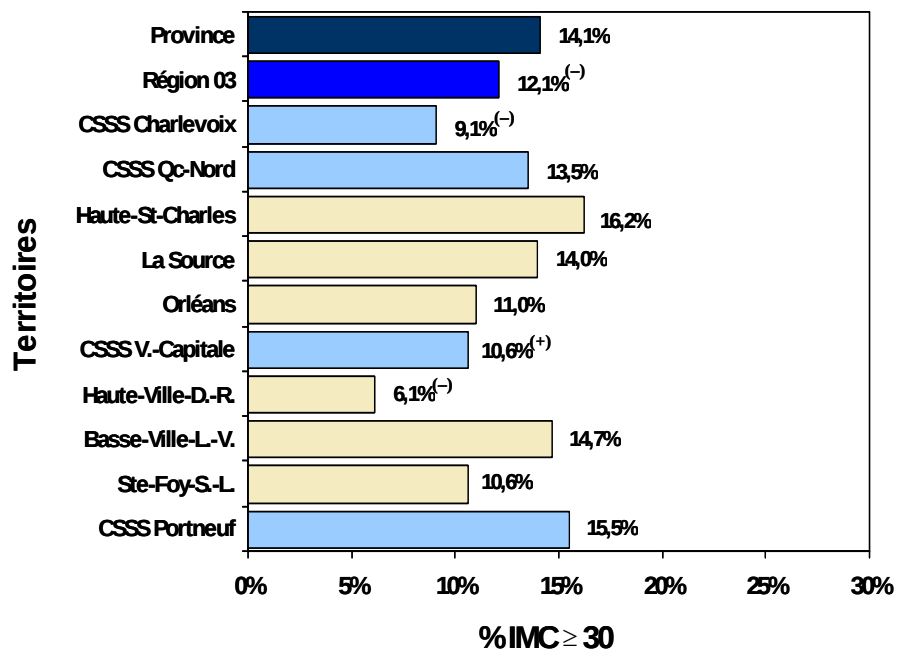
Au-delà de la moitié des fumeurs fument une première cigarette moins de 30 minutes après le réveil, dénotant une dépendance élevée à la cigarette.

Cette proportion est semblable dans la province et dans la région 03, et ce, chez les hommes, les femmes et les deux sexes réunis.

Tant dans la province que dans la région 03, on ne note pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

SECTION : POIDS

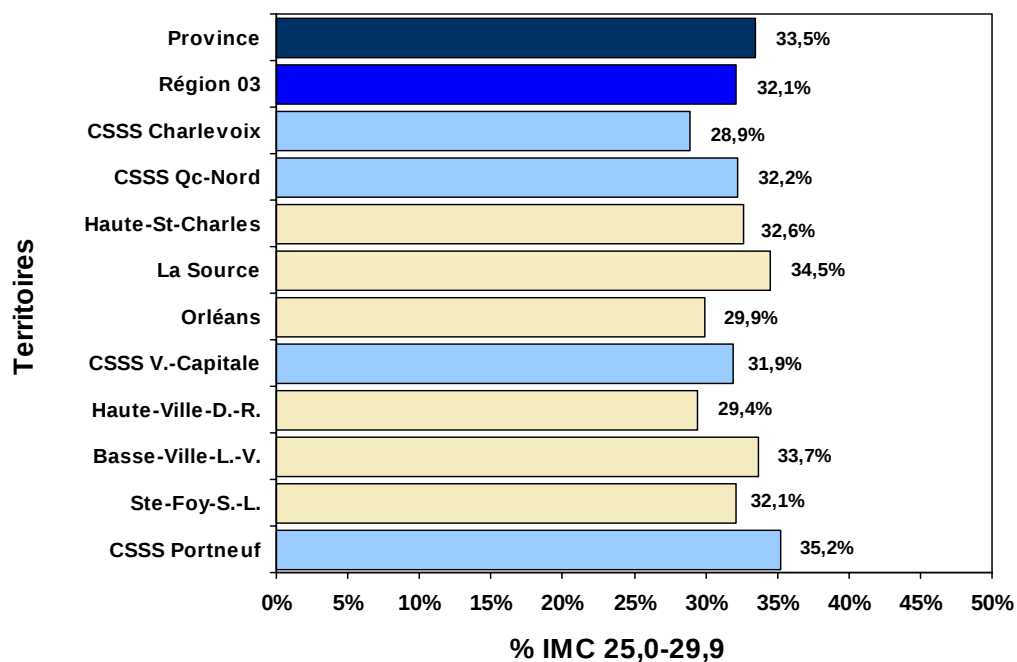
Graphique 17 : Obésité : IMC ≥ 30 , 18 ans et plus



Significativement moins de gens souffrent d'obésité dans la région par rapport à la province (12,1 % vs 14,1 %).

Le territoire de Charlevoix et le secteur de Haute-Ville-des-Rivières se démarquent particulièrement.

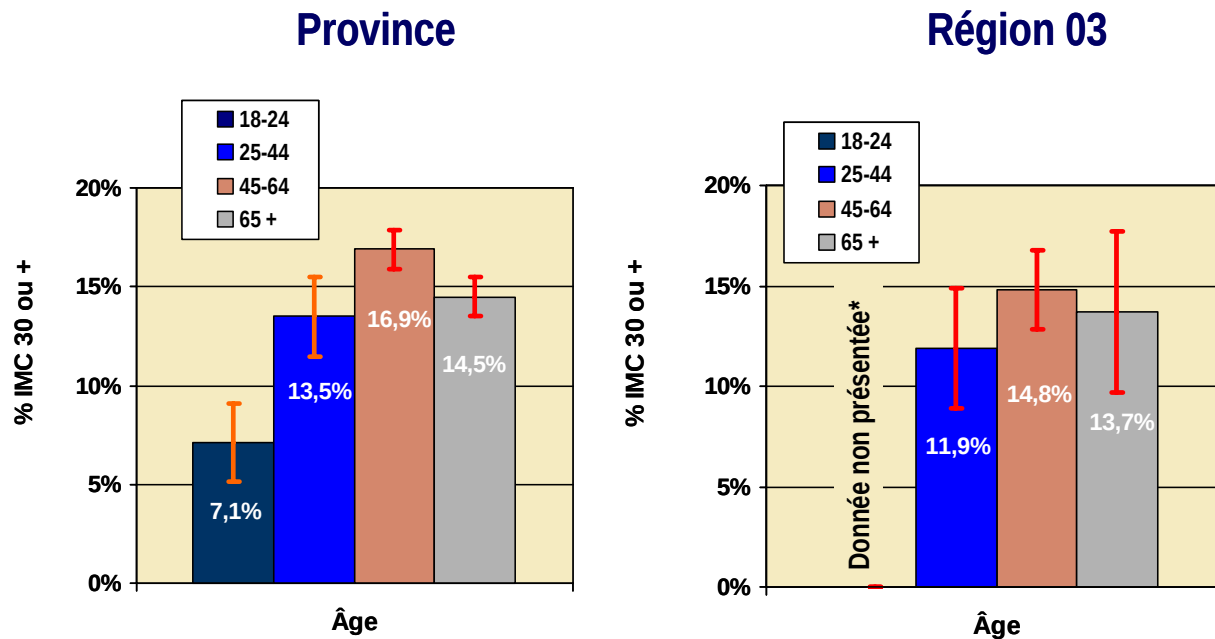
Graphique 18 : Excès de poids: IMC entre 25,0 et 29,9, 18 ans et plus



L'excès de poids observé dans les territoires de CSSS de la région se compare à celui de la province.

En additionnant les catégories obésité et excès de poids, on note que près de la moitié (44,2 %) des personnes de la région ont un excès de poids (IMC $\geq$ 25,0).

Graphique 19 : Obésité : IMC ≥ 30 selon l'âge



*Coefficient de variation supérieur à 33,3%.

Tant dans l'ensemble de la province que dans la région 03, on observe généralement une augmentation de la proportion d'individus ayant un IMC ≥ 30 avec l'âge. Ces proportions ne sont pas différentes entre la province et la région.

Dans la province, on note une différence significative entre les 18-24 ans et les autres catégories d'âge.

6. Programmes et campagnes déployés dans la région

Cette section décrit les principaux programmes et campagnes portant sur l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme et le poids qui s'actualisent dans la région, en collaboration avec la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Plusieurs autres initiatives, tels le Mois de la nutrition, le Mois du cœur et bien d'autres, touchent ces mêmes thèmes, mais ne seront pas décrites dans le présent document. Par ailleurs, le gouvernement du Québec a lancé une grande campagne provinciale cadre nommée VASY qui chapeaute plusieurs des campagnes décrites ci-après concernant la promotion des saines habitudes de vie.

6.1. Activité physique

6.1.1. Campagnes provinciales déployées dans la région

6.1.1.1. Mon style de marche

La campagne Mon style de marche vise à amener un plus grand nombre d'adultes à intégrer la marche dans leur quotidien afin que cette activité, accessible et peu coûteuse, soit pratiquée sur une base régulière. Mon style de marche se déroule chaque année au mois d'octobre et vise principalement les adultes de 25 à 44 ans (Kino-Québec, 2006).

6.1.1.2. Journée nationale du sport et de l'activité physique

La première Journée nationale du sport et de l'activité physique a eu lieu le 7 octobre 2005. Quelque 500 partenaires des milieux scolaire, municipal, des affaires, du loisir et du sport ont accepté de s'impliquer dans cet événement et ont invité la population à participer à une ou plusieurs des 800 activités qui se sont déroulées dans tout le Québec. La Journée nationale du sport et de l'activité physique représente l'occasion de joindre un mouvement collectif et de relever le défi de bouger au quotidien. Le gouvernement du Québec a prévu la répéter annuellement. (MELS, 2005a)

6.1.1.3. Plaisirs d'hiver

Cette campagne provinciale qui a été conçue par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale vise à augmenter les occasions de pratiquer des activités physiques hivernales accessibles (patinage, glissade, raquette, ski de fond, marche, hockey-bottines, etc.) et à faire découvrir ou redécouvrir le plaisir de pratiquer des activités que l'on peut plus facilement intégrer à son mode de vie. Elle cherche également à réduire les obstacles à la participation aux activités hivernales en favorisant leur accessibilité dans un environnement sécuritaire (présence d'installations, proximité des lieux d'activités, atelier d'initiation, location, prêt ou échange d'équipement, etc.). Plaisirs d'hiver se déroule chaque année au cours des mois de janvier et février (Kino-Québec, 2006).

6.1.2. Aménagement et animation de la cour d'école

Cette activité du programme Kino-Québec offre aux écoles qui désirent implanter un projet d'animation ou d'aménagement de la cour d'école de la formation et les outils nécessaires à la démarche d'implantation. Un guide d'animation et d'aménagement est disponible à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (Laberge *et al.*, 1999). Ce projet s'inscrit dans le cadre du concept intégrateur École en santé décrit à la section 6.5.7.

6.1.3. Québec en forme

Québec en forme est une initiative de la Fondation Lucie et André Chagnon en partenariat avec le gouvernement du Québec. Ce programme soutient un réseau de 600 partenaires locaux qui offrent aux enfants de 4 à 12 ans, de milieux moins favorisés, la possibilité de pratiquer des activités physiques et sportives dans leur milieu de vie : à l'école, au parc, au centre de loisirs, le soir et les fins de semaine, automne, hiver, printemps, été. Québec en forme consacre ses énergies à bâtir un partenariat avec les intervenants locaux et à réunir les ressources nécessaires pour la conception et la mise en œuvre de plans d'action destinés à intégrer l'activité physique et le sport dans le mode de vie des jeunes Québécois et Québécoises. Dans la région de la Capitale-Nationale, le programme rejoint 15 établissements scolaires primaires dans les milieux de la Basse-Ville, Lairet et Vieux Limoilou, Maizerets et Vanier (Québec en forme, 2006).

Le choix des écoles se fait sur la base de la classification des établissements scolaires de niveau primaire dont le rang décile est de 9 ou 10. Ce rang est basé sur deux indicateurs : 1- la proportion de familles avec des enfants de moins de 18 ans sous le seuil de quasi faible revenu ou la proportion de mères avec des enfants de moins de 18 ans qui n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires (2/3); et 2- la proportion de familles ayant un enfant de moins de 18 ans dont aucun parent n'est actif sur le marché du travail (1/3). Ces données sont combinées à l'indice Pampalon du secteur de la santé et des services sociaux (Québec en forme, 2006).

6.1.4. Semaine internationale « Marchons vers l'école »

Cette activité s'inscrit à l'intérieur du programme fédéral soutenu par Santé Canada et Vert l'action, intitulé Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école, qui vise à rendre les déplacements vers l'école aussi sécuritaires que possible et offre des outils et des documents pour soutenir les milieux intéressés par le programme. Les conseillers de Kino-Québec de la région diffusent l'information et offrent leur soutien aux milieux désirant s'inscrire à la semaine internationale « Marchons vers l'école », qui se déroule au mois d'octobre de chaque année (Vert l'action, 2005).

6.1.5. Mes premiers Jeux

Le concept Mes premiers Jeux, créé par Sports-Québec, a vu le jour en 2002. Il est issu du programme des Jeux du Québec et emprunte différentes formules selon les régions du Québec, mais toutes ne visent qu'un seul but : l'apprentissage d'un nouveau sport par le plaisir. L'Unité régionale

de loisir et de sport (URLS) de Québec réalise depuis quatre ans ce programme qui s'adresse à la clientèle des 18 ans et moins. À l'été 2005, plus de 4 000 jeunes y ont participé afin de découvrir l'un des 16 sports au programme. Les villes et les terrains de jeux, les centres communautaires, les associations régionales et les organismes sportifs de la région, Kino-Québec, Sports-Québec ainsi que les fédérations sportives ont été identifiés comme des collaborateurs essentiels au succès du programme (URLS, 2005).

6.1.6. Journées actives

Les Journées actives ont pour but de soutenir les communautés dans la mise en valeur des infrastructures et de la programmation des activités de chaque municipalité ainsi que de faire connaître et d'animer les lieux publics de pratique d'activités physiques, sportives et de loisir. L'activité se tient en simultanée partout au Québec dans le cadre de la Semaine de la municipalité. Du matériel promotionnel est disponible pour les municipalités (MELS, 2005b).

6.1.7. Viactive

Créé en 1988 par Kino-Québec en collaboration avec la Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ), le programme Viactive est conçu pour aider les personnes âgées de 55 ans et plus à améliorer ou maintenir leur forme physique. Une trousse Mise en forme a été élaborée et comprend six routines d'exercices illustrés et trois cassettes audio au coût de 30\$ (Kino-Québec, 2006). Ce programme s'inscrit dans le continuum de prévention des chutes à l'intérieur du volet des interventions en développement des communautés qui s'adresse aux aînés de la population générale, sans égard à la présence ou l'absence de facteurs de risque spécifiques aux chutes (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2005).

6.2. Alimentation

6.2.1. Le programme « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes »

Le programme « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes » a vu le jour en août 2002 grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les objectifs principaux du programme sont de promouvoir la consommation de fruits et légumes chez les jeunes et de créer un environnement favorable à l'acquisition de cette habitude alimentaire dans les écoles primaires. Les milieux ciblés sont les écoles primaires des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches. Du matériel éducatif et promotionnel a été créé et mis à la disposition des 340 écoles primaires des régions visées (ARSEQCA, 2005).

6.2.2. Fruits et légumes en vedette 2006

À partir de l'année 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) offre la possibilité à toutes les régions de promouvoir cette intervention durant le Mois de la nutrition⁹. L'événement Fruits et légumes en vedette est une campagne de mise en valeur des fruits et légumes dans les restaurants. Cette mise en valeur est appelée « idée vedette ». Chaque restaurant doit donc mettre en place son ou ses idées vedettes au cours du Mois de la nutrition. La durée de l'événement à l'échelle régionale est variable. La première édition s'est déroulée du 6 au 31 mars 2006 (MSSS, 2005).

6.3. Tabagisme

6.3.1. Le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT)

Afin de soutenir les fumeurs désirant se libérer de leur dépendance, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a élaboré le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT). Le PQAT vise à intensifier et à améliorer les services partout au Québec ainsi qu'à les rendre accessibles et gratuits à toute la population afin de contribuer à diminuer le nombre de fumeurs. Les services de soutien à l'abandon du tabagisme sont groupés dans quatre grandes voies d'accès, soit (MSSS, 2001) :

- 1) la ligne nationale sans frais J'ARRÊTE (1 866 JARRETE ou 1 866 527-7383);
- 2) le site Internet J'ARRÊTE (www.jarrete.qc.ca);
- 3) les Centres d'abandon du tabagisme (CAT);
- 4) l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux.

6.3.2. Le Défi J'arrête, j'y gagne!

Ce défi est une initiative du groupe Acti-Menu et du Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé (GRIS) collaborant avec de nombreux partenaires (Acti-Menu, 2006). Le Défi J'arrête, j'y gagne! représente une occasion exceptionnelle pour les fumeurs de se libérer du tabac tout en courant la chance de gagner des prix. Les personnes qui s'y inscrivent s'engagent à ne pas fumer pendant six semaines à partir du premier jour de mars, avec l'aide d'un parrain ou d'une marraine de leur choix. Des prix sont attribués par tirage au sort parmi les participants et parmi les personnes qui les ont parrainés. Le Défi est présenté annuellement depuis 1999.

⁹ Pour en savoir davantage sur le mois de la nutrition, consulter le site Internet suivant :
http://www.dietitians.ca/public/content/eat_well_live_well/french/nutritionmonth/index.asp

Divers sondages effectués pour mesurer l'effet du Défi montrent que près de 70 % des participants relèvent le défi de ne pas fumer durant six semaines et qu'entre 24 % et 29 % des participants sont toujours non-fumeurs après un an (Acti-Menu, 2006).

6.3.3. Mission TNT.06 pour une classe sans fumée

Le projet de prévention du tabagisme s'adresse aux jeunes de 11-12 ans. Ce projet novateur de valorisation du non-usage du tabac s'inspire de la formule des « concours classe » qui a déjà obtenu un excellent succès dans plusieurs pays européens.

La Mission TNT.06 (où TNT signifie « Tonique Non Toxique ») propose aux élèves de certaines classes de 6^e année de s'engager collectivement à ne pas commencer à fumer pendant une période de six mois. S'il est respecté, cet engagement permet aux jeunes, en plus de confirmer leur décision de ne pas fumer, de participer à des activités ainsi que de recevoir diverses formes de reconnaissance, dont l'accès à un site Internet et le droit de prendre part à un grand tirage régional. Évidemment, l'implication du professeur – élément essentiel à la réussite d'une telle activité – fait aussi l'objet d'une reconnaissance.

Cette activité n'engage aucun déboursé pour l'école. Facile à implanter et à gérer, la Mission est livrée « clé en main ». De plus, les professeurs peuvent compter sur le soutien d'intervenants de la santé publique tout au long du projet.

Ce projet est une initiative du groupe Acti-Menu réalisée en étroite collaboration avec la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, grâce à l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux (Acti-Menu, 2003).

6.3.4. De Facto, la vérité sans filtre

De Facto est un projet régional novateur de prévention du tabagisme instauré par l'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA). De Facto veut révéler la vérité et démasquer l'industrie du tabac en retirant le voile qui cache depuis trop longtemps les faits et l'information que le public est en droit de connaître. Il se distingue par l'emploi des notions de dénormalisation, de marketing social et de « branding ». Il s'agit d'un projet porteur de messages visant à modifier les normes sociales associées aux produits de l'industrie du tabac. Les principales particularités du projet résident dans l'approche non traditionnelle de ses messages qui font appel à l'intelligence de son public cible (principalement les 12-17 ans) ainsi que dans l'utilisation du sport et de la mode pour afficher la signature De Facto afin d'offrir une visibilité étendue et permanente à la prévention du tabagisme (De Facto, 2003).

6.3.5. In Vivo, spectacle rock multimédia

L'ARSEQCA et la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale organisent depuis plusieurs années une journée-spectacle à la salle Albert-Rousseau qui amalgame théâtre

humoristique, musique et projections vidéo. Les comédiens-musiciens de la troupe y vulgarisent, en 50 minutes, le développement d'un cancer du poumon en jouant le rôle de cellules du corps humain afin de démontrer d'une façon différente les dangers de l'usage du tabac (ARSEQCA, 2004).

6.3.6. La gang allumée pour une vie sans fumée

Ce programme du Conseil québécois sur le tabac et la santé en collaboration avec la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans et vise à mobiliser la jeunesse québécoise à la problématique du tabagisme. Il offre aux écoles et aux maisons de jeunes, la possibilité de concevoir leurs propres projets. L'ARSEQCA agit à titre d'agent régional de ce projet depuis 1995 en offrant, aux personnes-ressources adultes, son soutien technique et son expertise en prévention du tabagisme en plus d'un soutien financier (jusqu'à 200 \$) pour la réalisation des projets (Conseil québécois sur le tabac et la santé, 2005).

6.4. Poids

6.4.1. Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau

Bien dans sa tête, bien dans sa peau (BTBP) est un programme qui est implanté depuis six ans (depuis septembre 2000) dans quelques écoles secondaires de la région de la Capitale-Nationale. BTBP est un programme de promotion d'une image corporelle saine et de prévention des problèmes liés au poids. Il s'adresse d'abord aux adolescents du secondaire, mais il rejoint aussi les adultes qui les côtoient (Équilibre, 2004).

6.5. Ciblant plus d'une habitude de vie

6.5.1. 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est le nom que porte le Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 instauré dans la région de la Capitale-Nationale. Il est fondé sur deux principes directeurs (DRSP, 2005) :

1. L'intégration de trois cibles en un message mobilisateur, 0-5-30 : 0 tabagisme (consommation et exposition) ; 5 portions ou plus de fruits et légumes par jour ; 30 minutes ou plus d'activités physiques par jour.
2. La combinaison de deux stratégies :
 - ✓ actions environnementales : modification des milieux de vie (travail, école, loisirs), tant sur les plans physique que sociopolitique ou économique, pour les rendre favorables aux saines habitudes de vie (ex. : installation de supports à vélos);
 - ✓ actions éducatives :
 - a. auprès des professionnels de la santé : promotion et soutien de pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues efficaces pour promouvoir les saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques auprès de leur clientèle;

- b. auprès de la population : sensibilisation du grand public par des campagnes de communication faisant la promotion des saines habitudes de vie.

6.5.2. Programme Traité santé

Le Programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladie chronique, mieux connu sous le nom de programme Traité santé, est destiné aux personnes atteintes de maladie cardiaque ou de diabète et à leurs proches. Il offre, selon les besoins, un accompagnement en réadaptation, des services en activité physique, en alimentation, en cessation tabagique et un soutien psychosocial. Ce programme, piloté par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, est disponible sur chacun des territoires de CSSS de la région (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003).

6.5.3. Défi Santé 5/30

Le groupe Acti-Menu s'est inspiré du succès de ses campagnes du Défi J'arrête, j'y gagne! pour concevoir le Défi Santé 5/30. Le Défi Santé 5/30, c'est tenter d'atteindre ou de maintenir l'un des deux ou les deux objectifs suivants : manger au moins 5 fruits et légumes par jour et être physiquement actif au moins 30 minutes par jour. Les participants au Défi Santé 5/30 s'engagent individuellement à atteindre des objectifs précis pendant une période officielle. Les participants reçoivent du soutien sous différentes formes et de façon continue pendant et même après la campagne : courriers électroniques d'aide et d'information, capsules télé, site Internet et publications dans des journaux et revues. Le premier Défi Santé 5/30 lancé à toutes les régions du Québec s'est déroulé pendant 12 semaines du 30 janvier au 23 avril 2005 et s'adressait à tous, petits et grands. Lors de cette première édition, la région de la Capitale-Nationale a remporté les honneurs du défi.

6.5.4. Concours École active

Le concours École active offre un soutien financier aux écoles primaires et secondaires qui souhaitent faire de leur milieu une école en santé. Les écoles peuvent soumettre un projet portant sur :

- ✓ l'aménagement ou l'achat de matériel favorisant l'activité physique;
- ✓ la nutrition;
- ✓ la promotion de la sécurité dans les activités physiques et sportives.

École active se déroule chaque année durant le mois de mars (Kino-Québec, 2006).

6.5.5. Iso-Actif

L'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA) poursuit le programme de valorisation des écoles « Iso-Actif » pour stimuler le niveau d'engagement

de l'ensemble des écoles de la région dans la lutte à la sédentarité et au tabagisme ainsi qu'à la promotion de la saine alimentation chez les jeunes. Plusieurs critères sont considérés afin de déterminer le niveau « Iso-Actif » des établissements : la participation de l'école aux différents volets du présent projet tels, les politiques de l'école en sport et en activités physiques, en alimentation et en tabagisme, le programme intra-muros, les projets spéciaux et plusieurs autres.

Les établissements se méritent une mention Bronze, Argent, Or ou même Excellence selon leur niveau d'engagement. Une affiche spéciale permet à l'établissement d'afficher fièrement son niveau « Iso-Actif » en plus d'être affichée sur le site Internet de l'ARSEQCA (ARSEQCA, 2006).

6.5.6. Écoles en forme et en santé

Dans le but d'offrir des services de promotion et de prévention aux élèves en vue de leur donner un environnement favorable à l'acquisition de saines habitudes de vie et de compétences qui influencent de manière positive leur santé et leur bien-être, les établissements scolaires peuvent mettre en œuvre des projets visant à donner aux jeunes du 3^e cycle du primaire et du 1^{er} cycle du secondaire de saines habitudes de vie, dont la pratique régulière d'activités physiques et une saine alimentation. En vertu de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, de tels projets peuvent s'inscrire au sein d'une démarche plus large visant à doter les élèves d'une école en santé (MELS, 2005c).

6.5.7. École en santé

Au printemps 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation ont conclu une nouvelle entente de complémentarité des services entre leurs réseaux. Cette entente comprend des services de promotion de la santé et du bien-être, des services de prévention ainsi que des services d'aide, d'adaptation et de réadaptation. L'approche École en santé vise à agir sur l'ensemble des déterminants qui sont communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes. De plus, elle contribue aux visées de la campagne gouvernementale de promotion de saines habitudes de vie, dont le thème est *Vas-y, fais-le pour toi!*, qui porte principalement sur la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique.

L'approche École en santé est coordonnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Ainsi, dans chacune des régions du Québec, une personne responsable par direction de santé publique et une autre par direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ont été nommées responsables de la mise en œuvre de l'approche École en santé (Gouvernement du Québec, 2006).

7. Défis et enjeux

À la lumière de l'analyse des résultats de l'ESCC 2003, certains défis peuvent être identifiés. Cette section présente, dans la première colonne des tableaux, les défis associés aux données analysées selon l'ordre de présentation des résultats dans la section 5. La deuxième colonne rappelle les campagnes et les programmes déployés dans la région et associés au défi mentionné. La troisième colonne présente des pistes de réflexion et d'action émergeant des données analysées ainsi que du lien entre ces résultats d'enquête, les interventions en place dans la région et certaines interventions reconnues efficaces. Le document n'a aucunement la prétention d'avoir recensé l'ensemble des interventions efficaces sur le sujet, mais il indique certaines pistes d'action ayant déjà été évaluées positivement.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
A. Favoriser le transport actif dans tous les milieux, plus particulièrement en milieu rural et semi-urbain et chercher à identifier des alternatives.	➤ Mon style de marche ➤ Journée nationale du sport et de l'activité physique; ➤ Semaine internationale « Marchons vers l'école »; ➤ 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION.	• Les données analysées indiquent que le transport actif semble moins accessible aux gens des milieux ruraux et semi-urbains. Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer ce phénomène, dont la plus grande distance entre les lieux et l'accessibilité réduite des voies réservées aux piétons et aux cyclistes. Des obstacles peuvent également expliquer l'absence de l'utilisation du transport actif par une bonne proportion d'habitants des milieux plus urbains, dont le sentiment d'insécurité et l'aménagement du territoire. Dans ce contexte, l'accent pourrait être mis non seulement sur le transport actif (ex. : se rendre à pied au travail), mais également sur la promotion des déplacements actifs (ex. : l'utilisation des escaliers). Ce type d'intervention est d'autant plus intéressant qu'il serait démontré efficace. En effet, la création ou l'amélioration de l'accessibilité des lieux de pratique d'activités physiques, tels l'aménagement des lieux propices à la pratique d'activités physiques (ex. : pistes cyclables, voies piétonnières), la diminution des barrières limitant l'accès à ces lieux (réduire les coûts, adapter les plages horaires) ainsi que l'emploi d'affichettes encourageant l'utilisation des escaliers, représentent des interventions démontrées efficaces (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).
B. Rejoindre davantage les plus de 25 ans.	➤ Mon style de marche; ➤ Journée nationale du sport et de l'activité physique; ➤ Plaisirs d'hiver; ➤ Journées actives; ➤ Viactive; ➤ 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION; ➤ Traité santé; ➤ Défi Santé 5/30.	• On remarque que les interventions découlant des campagnes actuellement en place ont lieu périodiquement mais sur de courtes périodes, à l'exception de 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, Traité santé (personnes atteintes de maladies chroniques) et de Viactive (55 ans et plus) qui sont déployés toute l'année. • Les interventions ciblant les adultes de plus de 25 ans doivent se poursuivre et s'intensifier, considérant leur faible niveau d'activité et le rôle de modèle joué par les parents. La création ou l'amélioration de l'accessibilité des lieux de pratique d'activités physiques, les campagnes d'information nationales (incluant des événements spéciaux dans la communauté), les programmes visant le changement de comportement chez l'individu (suivi personnalisé) et

ACTIVITÉ PHYSIQUE		
Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
		le soutien social apporté par la communauté (ex. : un groupe de gens se motivant mutuellement) ont été démontrés efficaces pour améliorer la pratique d'activités physiques (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).
C. Stimuler les jeunes à conserver ou améliorer leurs bonnes habitudes de pratiquer des activités physiques	➤ Mon style de marche; ➤ Journée nationale du sport et de l'activité physique ➤ Plaisirs d'hiver; ➤ Aménagement et animation de la cour d'école; ➤ Québec en forme; ➤ Semaine internationale « Marchons vers l'école »; ➤ Mes premiers jeux; ➤ Journées actives ➤ Défi Santé 5/30; ➤ Concours École active; ➤ Iso-Actif; ➤ Écoles en forme et en santé; ➤ École en santé.	• Comparativement au groupe des 25 ans et plus, les 12-25 ans font davantage d'activités physiques de loisir, mais une grande proportion n'atteint pas le seuil recommandé. • Plusieurs programmes destinés aux jeunes sont présents dans la région et visent à augmenter l'activité physique pratiquée à l'école ou la création ou l'amélioration de l'accessibilité des lieux de pratique d'activités physiques, deux stratégies démontrées efficaces (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).
D. Cibler les familles ayant de jeunes enfants, particulièrement celles composées d'enfants de moins de 5 ans et celles des milieux défavorisés.	➤ Plaisirs d'hiver; ➤ Québec en forme; ➤ Plaisirs d'hiver (distribution de patins usagés).	• La mobilisation régionale de partenaires sur les habitudes de vie, le poids et la santé aura le défi d'identifier des pistes d'action concrètes et efficaces afin de faciliter la pratique d'activités physiques par les familles. La création ou l'amélioration de l'accessibilité des lieux de pratique d'activités physiques (ex. : diminuer le coût d'accès aux piscines/patinoires intérieures/centres de plein air pour les familles; horaires favorables aux familles; services de garde près des clubs sportifs, etc.) seraient des façons efficaces d'y parvenir (U.S.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
		Department of Health and Human Services, 2001). • On note peu d'interventions ciblant spécifiquement les adultes des milieux défavorisés. • L'initiative Québec en forme est intéressante pour rejoindre certains jeunes des milieux défavorisés de la région. Selon les résultats de l'évaluation de ce programme il pourrait être intéressant d'étendre cette initiative à d'autres milieux. • La campagne Plaisirs d'hiver a innové et rejoint certaines familles de milieux défavorisés. • Des stratégies rejoignant une grande proportion de la population défavorisée et ciblant les déterminants de la pauvreté demeurent à développer afin de permettre d'augmenter la pratique d'activités physiques dans les populations défavorisées et de travailler à réduire les inégalités de santé.

CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES

Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
Rejoindre davantage les 12 ans et plus afin d'augmenter le niveau de consommation de fruits et légumes.	➤ Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes; ➤ Fruits et légumes en vedette; ➤ 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION; ➤ Traité santé; ➤ Défi Santé 5/30; ➤ Concours École active; ➤ Iso-Actif; ➤ Écoles en forme et en santé; ➤ École en santé.	• La mobilisation régionale de partenaires sur les habitudes de vie, le poids et la santé aura le défi d'identifier des pistes d'action concrètes et efficaces afin de faciliter la consommation de fruits et légumes des familles. • Certaines interventions, particulièrement celles comportant une combinaison d'activités ciblant à la fois l'individu et son environnement, semblent prometteuses et devront se poursuivre et s'intensifier : des programmes d'enseignement et d'éducation, des communications de masse (ex. : campagnes de promotion nationales, particulièrement celles incluant un message clair d'augmentation de la consommation de fruits et légumes), la modification de l'environnement (politiques alimentaires, la présence d'aliments sains lors d'événements publics) (OMS, 2003b; ICIS, 2004; Ciliska <i>et al.</i>, 2000).

TABAGISME

Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
Cibler davantage les milieux défavorisés.	1. Actuellement, aucun programme ne semble cibler spécifiquement les milieux défavorisés. 2. Par contre, plusieurs programmes peuvent rejoindre les personnes de ces milieux au même titre que l'ensemble de la population :	• Bien que plusieurs programmes et interventions s'adressent à l'ensemble de la population, dont celle des milieux défavorisés, aucun ne semble cibler spécifiquement ce groupe pourtant particulièrement touché par une forte prévalence du tabagisme et par des problématiques multiples qui pourraient nécessiter d'adapter certaines interventions et d'investir davantage dans ces milieux. • Des stratégies rejoignant une grande proportion de la population défavorisée et ciblant les déterminants de la pauvreté demeurent à développer et à consolider afin de permettre de diminuer le tabagisme dans les populations défavorisées et de travailler à réduire les

TABAGISME		
Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
	➤ Le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT); ➤ Le Défi J'arrête, j'y gagne!; ➤ Mission TNT.06 pour une classe sans fumée; ➤ De Facto, la vérité sans filtre; ➤ In Vivo, spectacle rock multimédia; ➤ La gang allumée pour une vie sans fumée; ➤ 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ➤ Traité santé; ➤ Iso-Actif; ➤ École en santé.	inégalités de santé.

POIDS		
Défis en lien avec les résultats de l'Enquête	Programmes en place	Constats généraux et pistes d'action
A. Rejoindre les plus de 25 ans par des actions touchant l'activité physique et l'alimentation.	➤ Consulter les sections spécifiques aux plus de 25 ans sous les thèmes : a. Activité physique; b. Consommation de fruits et légumes.	La mobilisation régionale de partenaires sur les habitudes de vie, le poids et la santé aura le défi d'identifier des pistes d'action concrètes et efficaces afin de favoriser l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie en vue d'améliorer la santé de la population et de stabiliser son poids. Le travail concerté de tous les partenaires intersectoriels de la région sera nécessaire afin de relever ce défi.
B. Travailler à ce que les 18-24 ans d'aujourd'hui n'augmentent pas leur poids.	➤ Les programmes visant l'amélioration des saines habitudes de vie mentionnés précédemment.	La mobilisation régionale de partenaires sur les habitudes de vie, le poids et la santé aura le défi d'identifier des pistes d'action concrètes et efficaces afin de stabiliser le poids de la population. Il apparaît également important de soutenir les professionnels de la santé et la population afin de tenir compte du double défi que représentent le gain de poids associé à la cessation tabagique et la préoccupation excessive à l'égard du poids, particulièrement chez les jeunes filles, allant jusqu'à les inciter à maintenir le tabagisme.

8. Conclusion

L'analyse de données d'enquête obtenues à l'échelle régionale et locale permet de mettre en lumière certaines réalités propres à notre région et à chaque territoire. Une telle démarche favorise ainsi l'identification de situations particulières sur lesquelles il pourrait être intéressant d'agir, soit par l'intensification d'activités déjà en place, soit par l'implantation de nouvelles interventions. Bien entendu, les données analysées et les défis en résultant sont tributaires du choix des indicateurs.

Plusieurs des défis et pistes d'action proposés dans le présent document s'inscrivent dans les cinq mesures provinciales à mettre en priorité afin de prévenir les problèmes liés au poids, proposées récemment par l'ASPQ (ASPQ et GTPPP, 2005) :

1. Implanter des politiques alimentaires en milieu de garde et en milieu scolaire.
2. Intensifier la modification de l'environnement physique et social pour favoriser un mode de vie plus actif.
3. Procéder à la révision de la réglementation sur la publicité destinée aux enfants.
4. Instaurer une réglementation sur les produits, les services et les moyens amaigrissants.
5. Établir de nouvelles règles pour le financement de la recherche sur les problèmes liés au poids.

Dans un contexte de mobilisation régionale de partenaires autour de la promotion des saines habitudes de vie et la problématique du poids, le partage de ces données et des avenues d'action qu'elles suggèrent pourra permettre, nous l'espérons, un pas de plus pour améliorer la santé de la population de la région de la Capitale-Nationale.

RÉFÉRENCES

1. Acti-Menu (2003). *La lutte au tabagisme. Les initiatives AM : la mission TNT-06*. [En ligne] <http://actimenu.ca/tabac/missiontnt.html> (page consultée le 17 février 2006).
2. Acti-Menu (2006). *Défi J'arrête, j'y gagne!* [En ligne] <http://www.defitabac.qc.ca/defi/fr/> (page consultée le 11 mars 2006).
3. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (2005). *Programme MARCHE*. Région de la Capitale-Nationale, Présentation à l'équipe de projet O-5-30, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, juin 2005, 7 p.
4. Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) et Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action*, Association pour la santé publique du Québec, 58 p.
5. Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA) (2004). *Spectacle In Vivo*. [En ligne] http://www.arseq.qc.ca/tabac/spectacle_in_vivo.htm (page consultée le 17 février 2006).
6. Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA) (2005). *Chaque jour, moi j'croque cinq fruits et légumes*. [En ligne] http://arseq.fsg.ulaval.ca/iso_actif/menuCommun/chaque_jour_moi_jcroque/index.html (page consultée le 6 février 2006).
7. Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA) (2006). *Iso-Actif*. [En ligne] http://arseq.dune.vrdri.ulaval.ca/iso_actif/index.html (page consultée le 18 janvier 2006).
8. Beaucage, C. et Y. Bonnier Viger (1996). *Épidémiologie appliquée : une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 550 p.
9. Bellerose, C., J. Beaudry, S. Bélanger et al. (2001). *Expériences de vie des élèves du niveau secondaire de la Montérégie - Rapport abrégé*, Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, RRSSS de la Montérégie, 97 p.
10. Bernard, P.-M. et C. Lapointe (1998). *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 314 p.
11. Birmingham, C.L. et al. (1999). « The cost of obesity in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 160, p. 1483-1488.
12. Carlton-Tohill, B. (for WHO) (2005). *Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 52 p.
13. Centers for Disease Control and Prevention (2001). « Increasing physical activity : a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 50, n° R-18, p. 1-15.
14. Ciliska, D. et al. (2000). « Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption », *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 32, n° 6, p. 341-352.
15. Collège des médecins (1999). *La prévention et l'abandon du tabagisme. Lignes directrices*, Montréal, 20 p.

16. Conseil québécois sur le tabac et la santé (2005). *La gang allumée pour une vie sans fumée*. [En ligne] http://www.cqts.qc.ca/gang_allumee.html (page consultée le 17 février 2006).
17. De Facto (2003). *De Facto, la vérité sans filtre*. [En ligne] <http://www.defacto.ca/fr/defacto/mission/> (page consultée le 17 février 2006).
18. Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DRSP) (2004). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, région de la Capitale nationale*, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 143 p.
19. Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) (2005). *0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION*. [En ligne] <http://www.dspq.qc.ca/0530/profGeneral.html#1> (page consultée le 18 janvier 2005).
20. Dugal, S. et al. (2004). *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale nationale, population adulte*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, Beauport, 76 p.
21. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) (2003). [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2003/index_f.html (page consultée le 24 janvier 2006).
22. Équilibre (2004). *Programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau* (BTBP). [En ligne] <http://www.equilibre.ca/btbp.htm> (page consultée le 6 février 2006).
23. Faucher, N. et al. (2005). *Argumentaire : 5 fruits et légumes par jour*, Revue de littérature – document de travail, Québec, Direction de santé publique de la Capitale nationale, 12 p.
24. Ferland, M. et M. Pageau (2005). *Principaux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 dans la région de la Capitale nationale*, Beauport, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 85 p.
25. Gouvernement du Québec (2006). Lettre cosignée le 23 janvier 2006 décrivant l'approche *École en santé* par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le ministre de l'Éducation, du Loisir et du sport et la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation. [En ligne] <http://www.meq.gouv.qc.ca/dgjf/csc/promotion/pdf/lettreEcoleEnSante.pdf> (page consultée le 27 mars 2006).
26. Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) (2003). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Montréal, ASPQ Éditions, 23 p.
27. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *Le surpoids et l'obésité au Canada - Une perspective de la santé de la population*, Ottawa, 89 p.
28. Institut de la statistique du Québec (ISQ) (1998). *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition. [En ligne] http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/e_soc-sante98_pdf.htm (page consultée le 24 janvier 2006).
29. Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, Volume 1, Québec, Gouvernement du Québec, 124 p.
30. Jaffee, L. et al. (1999). « Incentives and barriers to physical activity for working women », *American Journal of Health Promotion*, vol. 13, n° 4, p. 215-218.

31. Katzmarzyk, P.T. (2002). « The Canadian Obesity Epidemic, 1985-1998 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, n° 8, p. 1039-1040.
32. Killen, J.D., P. Fortmann et B. Newman (1990). « Weight change among participants in a large sample minimal contact smoking relapse prevention trial », *Addictive Behaviors*, vol. 15, p. 323-332.
33. Kino-Québec (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Gouvernement du Québec, 27 p.
34. Kino-Québec (2005). *Les cibles d'action 2005-2008 du programme Kino-Québec. Promotion d'un mode de vie physiquement actif*, Gouvernement du Québec, 48 p.
35. Kino-Québec (2006). [En ligne] <http://www.kino-quebec.qc.ca> (page consultée le 2 mars 2006).
36. Laberge, B., D. Boudreault, É. Dumont *et al.* (1999). *Mieux vivre ensemble dans la cour d'école*, Montmagny, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 60 p.
37. Lapierre, L. *et al.*, (2005). *Chantier activité physique et environnements favorables. Rapport final*, 19 juillet 2005, 24 p.
38. Lavallée, C. et S. Stan (2004). « Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chap. 2, p. 35-62.
39. Ledoux, M. et M. Rivard (2000). « Poids corporel », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chap. 8, p. 185-199.
40. Mackey, J. et M. Eriksen (2002). *The Tobacco Atlas*, World Health Organization, Londres, Myriad Editions, 128 p.
41. Marcus, B.H. *et al.* (1994). « Application of theoretical models to exercise behavior among employed women », *American Journal of Health Promotion*, vol. 9, n° 1, p. 49-55.
42. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2005a). *Journée nationale du sport et de l'activité physique*. [En ligne] <http://www.vasy.gouv.qc.ca/jnsap/> (page consultée le 13 mars 2006).
43. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2005b). *Les journées actives 2005*. Fiche d'information, Direction du sport et de l'activité physique, 24 février 2005, 5 p.
44. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2005c). *Programme Écoles en forme et en santé*. [En ligne] http://www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ecole_forme_sante/ (page consultée le 13 mars 2006).
45. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Gouvernement du Québec. [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac.html> (page consultée le 6 janvier 2006).
46. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.
47. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). VASY. [En ligne] <http://www.vasy.gouv.qc.ca/> (page consultée le 6 février 2006).
48. Mongeau, L., N. Audet, J. Aubin et R. Baraldi (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Institut national de santé publique du Québec, 21 p. et annexes.

49. National Public Health Partnership (2001). *Preventing Chronic Disease : A Strategic Framework*, Melbourne (Australie), 58 p.
50. Nolin, B. et D. Hamel (2005a). *Activité physique de loisir et de transport au Québec : évolution récente et situation actuelle*, Institut national de santé publique du Québec, (non publié), cité dans Kino-Québec (2005), *Les cibles d'action 2005-2008 du programme Kino-Québec. Promotion d'un mode de vie physiquement actif*, Gouvernement du Québec, 48 p.
51. Nolin, B. et D. Hamel (2005b). *Niveau d'activité physique de loisir : régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2003*, Unité connaissance-surveillance, Québec, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation, Institut national de santé publique du Québec, 16 p. (document non publié).
52. Nolin, B., D. Prud'homme, G. Godin, D. Hamel *et al.* (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, 137 p.
53. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003a). *Diet, Nutrition, and The Prevention of Chronic Diseases*, Technical Report Series 916, Genève, 149 p.
54. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003b). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Série de Rapports techniques n° 894, Genève, 284 p.
55. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003c). *Un traité international sur la lutte antitabac*. [En ligne] <http://www.who.int/features/2003/08/fr/> (page consultée le 5 janvier 2006).
56. Palta, M., R.J. Prineas, R. Berman et P. Hannan (1982). « Comparison of self-reported and measured height and height », *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, n° 2, p. 223-230.
57. Peeters, A. *et al.* (2003). « Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy : A life-table analysis », *Annals of Internal Medicine*, n° 138, p. 24-32.
58. Québec en forme (2006). [En ligne] <http://www.quebecenforme.org/> (page consultée le 18 janvier 2006).
59. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2003). *Cadre de référence. Programme régional pour la personne atteinte de maladies chroniques*, avril 2003, 101 p.
60. Rowland, M.L. (1990). « Self-reported weight and height », *American Journal of Clinical Nutrition*, n° 52, p. 1125-1133.
61. Saelens, B., J.F. Sallis et L.D. Frank (2003). « Environmental correlates of walking and cycling : Findings from the transportation, urban design, and planning literature », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 25, n° 2, p. 80-91.
62. Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Service des publications de Santé Canada, 43 p.
63. Santé et Bien-être social Canada (1992). *Le guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.
64. Sauvageau, C. (2005). *Démarche de planification de la stratégie régionale de mobilisation des partenaires portant sur la problématique du poids et l'amélioration des saines habitudes de vie – document de travail*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 16 p.
65. Sauvageau, L., C. Lepage et C. Sauvageau (2002). *Pour un Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012*, Québec, Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 73 p.

66. Statistique Canada (2004a). *Activité physique. Indicateurs de la santé*, vol. 2004, n° 1. [En ligne] http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/nonmed/behaviours3_f.htm (page consultée le 22 février 2006).
67. Statistique Canada (2004b). *Habitudes alimentaires. Indicateurs de la santé*, vol. 2004, n° 1. [En ligne] http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/nonmed/behaviours5_f.htm (page consultée le 31 janvier 2006).
68. Statistique Canada (2004c). *Tabac. Indicateurs de la santé*, vol. 2004, n° 1. [En ligne] http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/nonmed/behaviours1_f.htm#smoke (page consultée le 13 mars 2006).
69. Sturm, R. (2003). « Increases in Clinically Severe Obesity in the United States, 1986-2000 », *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, n° 1, p. 2146-2148.
70. Turcotte, M. *et al.* (2005). *Chantier 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, Rapport final*, Beauport, juillet 2005, 34 p.
71. Unité régionale de loisir et de sport de Québec (URLS) (2005). *Mes premiers jeux. Été 2005. Résumé*. [En ligne] <http://www.urlisquebec.qc.ca/M1J/resume.pdf> (page consultée le 23 janvier 2006).
72. U.S. Department of Health and Human Services (2001). « Increasing physical activity : a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 50, n° RR-18, 14 p.
73. Vert l'action (2005). *Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école*. [En ligne] http://www.vertlaction.ca/araspe/program_f.html (page consultée le 31 janvier 2006).
74. Williamson, D.F., J. Madans, R.F. Anda *et al.* (1991). « Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 11, p. 739-745.