Louise GUYON

Chercheure , Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(novembre 1996)

“Les habitudes qui agissent sur la santé”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"Les habitudes qui agissent sur la santé".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 6, pp. 97-126. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 21 juillet 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“Les habitudes qui agissent sur la santé”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DERRIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 6, pp. 97-126. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Table des matières

[Introduction](#)

[L'usage et l'abus d'alcool et de drogue](#)

[L'usage du tabac](#)

[L'usage du tabac et la consommation d'alcool](#)

[Une question de poids, ou l'indice de masse corporelle](#)

[Excès de minceur ou de poids : les deux pôles à surveiller](#)

[L'activité physique et la sédentarité](#)

[Faits saillants](#)

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“Les habitudes qui agissent sur la santé”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 6, pp. 97-126. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le lien entre les habitudes de vie et la santé n'est plus à démontrer. La documentation, tant scientifique que populaire, regorge de données concernant les effets bénéfiques ou délétères, selon le cas, de certaines pratiques individuelles, tels l'exercice physique ou le tabagisme, sur l'état de santé et même sur l'espérance de vie des personnes qui s'y adonnent. La notion de responsabilité face à sa propre santé est devenue un impératif, remplaçant l'ancienne association « maladie = punition divine », qui avait marqué les générations antérieures. Ce discours s'est maintenant élargi aux risques collectifs auxquels sont exposées les populations à cause des diverses sources de pollution (industrielle, urbaine, agricole, etc.). Le partage entre la responsabilité individuelle et la responsabilité collective (cette dernière étant souvent considérée comme une prérogative de l'État) est alors devenu difficile à opérer. Actuellement, en période de récession économique et dans le contexte de « rationalisation des ressources collectives », le balancier risque, encore une fois, d'osciller vers la responsabilité individuelle. Il importe alors d'user de prudence dans l'interprétation des résultats sur

les habitudes de vie des gens, car ils sont influencés par les grands courants du moment (ex. : campagnes antitabac), mais aussi par des situations de vie fort variables (pauvreté, scolarisation, influence des pairs, etc.).

Chez les femmes, la question des habitudes de vie a toujours été étroitement associée aux restrictions et aux obligations liées à leur sexe. Pendant longtemps, l'exercice physique, la consommation de tabac et d'alcool n'ont pas été considérés comme étant « d'essence féminine » ; par contre, les canons de la mode ont toujours imposé au corps des femmes des contraintes lourdes de conséquences pour leur santé, tant physique que psychologique. Si l'ère des corsets et des vêtements encombrants semble révolue, la seconde moitié du XX^e siècle, qualifiée d'ère de libération des femmes, prélève toujours un lourd tribut sur leur santé en les obligeant à garder une apparence jeune, à rester minces et sexuellement attrayantes tout au long de leur vie. Pour les femmes de cette fin de siècle, la beauté passe souvent par les régimes amaigrissants, les hormones et la chirurgie esthétique (Bordo, 1993).

Sans reprendre ce débat, il importe toutefois, avant d'aborder certaines habitudes de vie, de rappeler le contexte social dans lequel elles se concrétisent. La publicité que l'on accorde, dans les médias, au fait que les femmes boivent de l'alcool, fument la cigarette et vivent maintenant le stress relié au marché du travail à peu près comme les hommes n'est-elle pas un peu teintée de jugements de valeur ? Le quasi-silence fait autour du port des talons aiguilles et des régimes amaigrissants excessifs n'est-il pas une forme d'acceptation tacite ? Les études insistent particulièrement sur le fait que le travail à l'extérieur du foyer, de même que l'usage du tabac et de l'alcool, interviennent directement sur les fonctions biologiques et sociales de la reproduction. Par contre, les pratiques destinées à « améliorer » l'apparence physique seraient moins dangereuses, puisque seules les femmes en subissent les conséquences... Ceci paraît important dans la poursuite

d'une réflexion ayant pour but d'informer les femmes sur la prévention et l'amélioration de leur santé.

On a peu de données sur ces questions et les enquêtes de santé se sont attachées à celles qui ont été traitées le plus souvent en santé publique. Elle permettent de tracer un portrait assez complet de la consommation de tabac et d'alcool des Québécoises et des Québécois, et comportent un certain nombre de renseignements sur leur répartition par poids et par taille. Les données recueillies aident à définir certains groupes où les risques sont plus grands : grandes fumeuses, personnes faisant une consommation excessive d'alcool, personnes souffrant d'excès ou d'insuffisance de poids.

L'usage et l'abus d'alcool et de drogue

[Retour à la table des matières](#)

Historiquement, les programmes de santé publique visant la prévention de l'abus de substances psychoactives*, de même que l'intervention en toxicomanie, se sont peu intéressés à la situation des femmes. Il en a été de même pour la recherche. En fait, tout s'est passé comme si les modes de consommation des hommes servaient d'étalon de mesure universelle (selon le principe connu du masculin incluant le féminin). « L'histoire de la consommation et de l'abus d'alcool, note Louise Nadeau (1995), a été écrite par les hommes et pourtant, dans les faits, leur attitude et leur comportement face à l'alcool et aux drogues sont très différents. Les femmes boivent moins souvent de l'alcool qu'eux et en moins grande quantité ; elles semblent également y prendre moins de plaisir. » Enfin, elles déclarent moins de problèmes associés à la consommation abusive d'alcool ou de drogues illicites. Par ailleurs, leur consommation de psychotropes, habituellement ob-

tenus sur ordonnance médicale, est beaucoup plus élevée, particulièrement chez les femmes plus âgées (Guyon, 1990 ; Laurier, 1990).

Le fait que l'intoxication chez les femmes a, de tout temps, **été perçue** par la société — et par les professionnels de la santé — plus sévèrement que celle des hommes a probablement joué dans les modes de **cette** consommation. Le boire des épouses et des mères, à la fin du XIXe siècle et dans la première moitié du XXe siècle, était considéré comme une faute très grave pouvant mettre en péril la cellule familiale et, de là, la cohésion sociale (Nadeau, 1994). Au cours des dernières années, on a beaucoup parlé du boire caché des femmes, vraisemblablement lié à la stigmatisation qui y était associée, en le comparant au boire social des hommes. Aujourd'hui, alors que les modes de vie des femmes et des hommes sont plus semblables, les habitudes de consommation ont également évolué. Le fait que le boire des adolescentes se rapproche de celui des jeunes hommes a été souligné par un certain nombre d'études (Mercier, 1984 ; Guyon, 1990) ; la documentation récente a également mis en lumière le risque de consommation problématique des femmes qui sont sur le marché du travail (Morrissette, 1992 ; Gorman, 1988 ; Nadeau et al., 1983).

Par ailleurs, les études faites sur des échantillons cliniques (dans les centres de réadaptation pour problèmes liés à l'alcool ou à la drogue) révèlent l'importance de la consommation de drogues illicites chez les jeunes femmes (Lecavalier, 1991 ; Guyon et Landry, 1993 et 1995). Ces derniers travaux ont mis en évidence l'importance de la consommation de drogues illégales, particulièrement de la cocaïne, de même que la coexistence d'une série de problèmes associés à la dépendance, notamment des problèmes d'ordre psychologique.

Les résultats de l'enquête de 1992-1993 montrent que si l'usage modéré d'alcool ¹ est le fait de la majorité des buveurs (69% des

¹ Les buveurs qui font un usage modéré d'alcool sont ceux qui, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, ont pris de 0 à 6 consommations.

hommes et 87% des femmes), son abus est un phénomène relativement rare. En effet, la lecture des divers indicateurs utilisés (tableau 6.1) indique que ce comportement serait le fait de 1, 3% (personnes qui rapportent une consommation d'alcool de 29 verres et plus par semaine) à 13% (personnes présentant des risques plus élevés de développer des problèmes liés à l'alcool) de la population. C'est aussi un phénomène majoritairement masculin et qui tend à diminuer avec l'avancement en âge. Les femmes n'en sont pas pour autant épargnées et on remarque, particulièrement chez les jeunes femmes, la persistance de certains comportements de consommation excessive que l'on peut également associer à d'autres variables de santé.

L'enquête sociale et de santé fait ressortir la consommation d'alcool chez les jeunes femmes (15-24 ans), particulièrement la consommation de grandes quantités par occasion, et l'usage concomitant d'alcool et de drogue. Les modes de consommation féminin et masculin tendent alors à se rapprocher. À partir de 25 ans, l'abus d'alcool et de drogue va diminuer graduellement chez les hommes (à l'exception des grands buveurs, qui se retrouvent principalement entre 25 et 64 ans). Chez les femmes, par contre, la consommation abusive chute dramatiquement à partir de 25 ans, ce qui laisse supposer un phénomène de génération associé à l'effet de l'âge. Autrement dit, ces modes de consommation, que l'on retrouve plus souvent chez les jeunes et qui tendent à s'atténuer avec l'avancement en âge, seraient apparus récemment chez les jeunes femmes. Ils témoigneraient ainsi d'un changement d'attitude face à la consommation d'alcool avec la génération des femmes de 15 à 24 ans. Cette hypothèse peut difficilement s'appuyer sur les enquêtes de Santé Québec, puisque la plupart des questions portant sur la consommation de grandes quantités par occasion proviennent de l'enquête de 1991-1993. On peut alors souhaiter que les prochaines enquêtes apportent des éléments de connaissance nouveaux à cet effet. Par ailleurs, des études faites auprès de populations américaines (Wilsnack, 1991 et 1993) font état de ce phénomène et invoquent les changements dans les rôles sociaux, particulièrement le travail à l'extérieur, qui générerait plus de stress, en même temps

qu'une plus grande exposition aux produits (ce que confirment les résultats de Pauline Morrisette, 1992). Ces études suggèrent également une plus grande ouverture de la société face au boire des femmes, qui aurait pour conséquence une augmentation de l'exposition à l'alcoolisme, et enfin l'augmentation, chez celles-ci, de la consommation d'autres substances psychoactives (par exemple le tabac, qui est fréquemment associé à une forte consommation d'alcool) (Guyon et Messing, 1996).

Tableau 6.1
ABUS D'ALCOOL
selon cinq critères et selon le sexe, Québec, 1992-1993

CRITÈRES	HOMMES %	FEMMES %	VALEUR MAXIMUM Taux féminins (âge)
Épisodes de grande consommation 1	37,6	15,2	26,9 (15-24 ans)
Grands buveurs 2	2,5	0,2	—
Intoxications 3	13,6	5,0	—
Polyusage alcool/drogue	14,2	11,0	24,3 (15-24 ans)
Buveurs à risques élevés4	19,1	7,5	10,1 (25-44 ans)
1. Personnes qui ont déclaré avoir pris cinq consommations ou plus lors d'une même occasion, et ce, cinq fois ou plus au cours de l'année précédant l'enquête. 2. Personnes qui ont déclaré avoir pris 29 consommations ou plus par semaine. 3. Personnes qui ont déclaré s'être enivrées cinq fois ou plus au cours de l'année précédant l'enquête. 4. Personnes qui ont répondu positivement à au moins deux items du questionnaire CAGE. Source : ESS 1992-1993.			

Entre 1987 et 1992-1993, la consommation générale d'alcool a connu peu de variations ; on a même constaté une tendance vers la concentration autour de la consommation modérée (une à deux

consommations par semaine). D'autre part, la proportion des buveurs à risque est passée de 10% à 13% (Guyon et al., 1995) ; l'augmentation a été plus élevée chez les femmes que chez les hommes, particulièrement chez les femmes de 25 à 44 ans (tableau 6.2). Or, la consommation à risque est définie, non pas par la fréquence ou le volume de consommation, mais plutôt par le contexte social entourant cette consommation et le boire du matin ². L'examen des résultats montre que l'augmentation de l'indice est influencée particulièrement par le sentiment de culpabilité et le fait d'avoir subi des critiques de son entourage, et ce, même si la consommation d'alcool le matin est demeurée stable. L'impact du contrôle social, dans une société qui prône de plus en plus la modération, peut expliquer en bonne partie ces résultats (Guyon et al., 1995). Les femmes sembleraient davantage sensibles à ces aspects, ce qui confirmerait la persistance de la perception négative traditionnellement rattachée au boire des femmes, perception qui serait intériorisée par les femmes elles-mêmes. Les jeunes femmes ont été beaucoup moins touchées par cette augmentation (7,0% en 1987 et 7,9% en 1992-1993), ce qui vient appuyer l'hypothèse de l'effet de génération mentionné au paragraphe précédent.

² Les critères de l'indice CAGE sont les suivants : « avoir été critiqué par son entourage à cause de sa consommation », « avoir pensé à diminuer sa consommation », « s'être senti coupable à cause de sa consommation » et, enfin, « avoir consommé en se levant, le matin, pour se remettre de sa consommation de la veille ».

Tableau 6.2
PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL (indice CAGE)
selon l'âge et le sexe, Québec, 1987 et 1992-1993

INDICE CAGE						
	RISQUE NUL		RISQUE FAIBLE		RISQUE ÉLEVÉ	
SEXE/GROUPE D'ÂGE	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %
Hommes						
15-24 ans	72,8	67,7	14,6	15,3	12,6	1 7,0
25-44 ans	67,7	64,9	14,2	12,8	1 8,0	22,4
45-64 ans	69,1	71,0	15,0	10,3	1 6,0	1 8,7
65 ans et plus	81,3	82,6	10,8	8,2	8,0	9,3
Total	70,5	68,9	14,2	12,1	15,4	19,1
Femmes						
15-24 ans	82,8	81,5	10,2	10,6	7,0	7,9
25-44 ans	85,4	81,8	8,1	8,1	6,6	10,1
45-64 ans	89,5	88,4	6,1	6,0	4,5	5,6
65 ans et plus	95,5	96,4 *	2,8	2,0 **	1,7	1,7 **
Total	87,1	85,5	7,4	7,1	5,5	7,4
Sexes réunis						
15-24 ans	77,8	74,5	12,4	13,0	9,8	12,5
25-44 ans	76,6	73,3	11,1	10,4	12,3	16,3
45-64 ans	79,4	79,8	10,4	8,2	10,1	12,1
65 ans et plus	89,4	90,5	6,2	4,6	4,4	4,9
Total%	78,9	77,3	10,7	9,5	10,4	13,1
Pop. estimée	3 838 501	4 259 030	519 719	525 197	504 278	722 803
* Coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence. ** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement. Source : ESS 1992-1993.						

Ces résultats, tirés d'une enquête générale auprès de la population, apportent des renseignements assez précis sur la consommation générale ³, de même que des évaluations utiles sur les buveurs à problèmes. Ils ne peuvent pas, par contre, établir la prévalence de la dépendance à l'alcool, qui est un diagnostic répondant à des critères précis et qui nécessite des outils de collecte de données plus sophistiqués. Par ailleurs, une étude spécialisée a été faite, dans la région du Bas-Saint-Laurent, dans le cadre de l'ESS, auprès de 378 ménages (Légaré, 1995), avec une version française du Computerized Interview Schedule (C-DIS). Cette étude établit la prévalence à vie de l'abus et de la dépendance à l'alcool à 12,6% pour l'ensemble de la population ; la prévalence sur une année est de 5,2% (9,4% chez les hommes et 1,2% chez les femmes). On ne peut généraliser ces derniers résultats à l'ensemble de la population québécoise ; par ailleurs, l'étude du profil des clientèles des centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (Guyon et Landry, 1995) apporte des informations fort intéressantes sur la situation des femmes qui présentent une dépendance à une ou à plusieurs substances psychoactives* (tableau 6.3).

Les femmes constituent un peu moins du tiers (30%) de la clientèle de ces centres. Par ailleurs, elles présentent des caractéristiques et des symptômes qui témoignent de la gravité de leur situation lorsqu'elles viennent chercher de l'aide. Sur une série d'échelles évaluant la gravité de sept aspects de la vie des usagers des centres, les femmes ont des scores significativement* plus élevés que ceux des hommes dans cinq cas sur sept. Leur situation économique est très détériorée puisque les deux tiers sont sans travail et que près de la moitié (41%) vivent de l'aide sociale. Comparativement aux hommes, elles utilisent un nombre plus varié de substances, entre autres des combinaisons de plu-

³ L'évaluation de la consommation effective est, de toute évidence, sous-estimée dans ces enquêtes. À cause entre autres, de la perception négative accolée à la forte consommation d'alcool, les gens sont portés à « sous-rapporter » la fréquence et le volume de leur consommation quotidienne ou hebdomadaire.

sieurs drogues : 13% d'entre elles considèrent l'usage combiné de plusieurs drogues (excluant l'alcool) comme étant leur problème principal, ce qui est le cas de 8% des hommes seulement. Enfin, les femmes manifestent une prévalence* à vie plus élevée de problèmes psychologiques importants, particulièrement de tentatives de suicide (53%), de dépression grave (66%) et d'anxiété (75%). Une étude menée auprès des femmes cocaïnomanes en traitement (Lecavalier, 1991) rapporte que près de 47% des répondantes considèrent avoir été victimes d'abus sexuels ; près de 40% déclarent avoir été battues au cours de l'année de l'étude.

Bref, les données des enquêtes auprès de la population, tout comme celles des échantillons cliniques, montrent que le profil de consommation des femmes est particulier, qu'il est en évolution et qu'il comporte des risques spécifiques. L'association de la consommation abusive avec la détresse psychologique permet de supposer qu'une partie des femmes traitées pour troubles mentaux pourraient également présenter une consommation excessive d'alcool et aussi de tranquillisants mineurs qui ne serait pas toujours investiguée, donc traitée. Il s'agit là d'hypothèses suggérées par l'association entre les deux problématiques ; elles peuvent toutefois être le point de départ de recherches menant vers un meilleur dépistage de ces problèmes chez les femmes.

Tableau 6.3
PERSONNES EN TRAITEMENT DANS TROIS CENTRES PUBLICS
DE RÉADAPTATION POUR ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES
selon différents indicateurs et le sexe, Québec, 1992-1993

INDICATEUR	HOMMES (N = 1 512) %	FEMMES (N = 636) %
Substance principale ¹		
alcool	36,8	27,7
alcool et drogues	29,7	29,7
cocaïne	18,8	18,1
polydrogues	8,4	12,6
Problèmes psychologiques ²		
dépression grave	55,2	66,1
anxiété/tension	64,7	74,6
hallucinations	8,9	13,2
difficulté à se concentrer	36,0	44,0
difficulté à réprimer	62,3	64,9
des comportements violents		
idées suicidaires	57,3	68,5
tentatives de suicide	33,4	53,4
médicaments psychotropes	25,4	46,6
Situation de vie		
vit seul(e)	29,4	27,1
sans travail	50,7	66,2
aide sociale	19,2	41,4
Scores composés ³		
alcool	.424	.390
drogue	.154	.190
médicaux	.156	.259
emplois/ressources	.572	.679
médicaux	.341	.408
familiaux/interpersonnels	.156	.259
psychologiques	.356	.430
légaux	.140	.097
<p>1. Substance considérée, par le client et l'intervenant, comme source principale des problèmes rencontrés.</p> <p>2. Symptômes graves de troubles mentaux pendant une période significative,</p>		

soit au

moins deux semaines dans la vie de la personne.

3. Il s'agit des scores composés calculés à partir de l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), qui permettent d'évaluer la gravité de sept domaines associés à la toxicomanie et ce, pour la période des 30 jours précédant la demande d'aide. Ces scores varient de 0 à 1 et sont indépendants les uns des autres.

Source : Guyon et Landry, 1995.

On pourra aussi se questionner sur la validité des instruments de mesure et de leur interprétation. L'application des mêmes seuils de risque quant à la consommation, sans distinction de sexe, aurait pour effet de sous-estimer la consommation abusive chez les femmes (Nadeau et Harvey, 1995). Or, en raison de certains aspects liés à leur physiologie, les femmes doivent consommer moins que les hommes pour un même degré d'intoxication. Le Women's Committee de l'Addiction Research Foundation (Toronto) invoque ce phénomène : « Il y a des différences dans la composition corporelle des hommes et des femmes (ex. : le ratio gras/eau, le métabolisme, la teneur hormonale, le cycle menstruel ainsi que les étapes du développement corporel au cours de la vie). Tenir compte de ces différences peut avoir d'importantes implications en matière de prévention et de traitement de l'abus de substance chez les femmes. » (tiré de ARF, Women's Committee, Draft B. sous presse, t.d.a.) Sans invalider les résultats des enquêtes auprès de la population, ces considérations appellent à la prudence quant à leur interprétation, et on peut alors penser que certains indicateurs utilisés dans l'enquête québécoise pourraient être pondérés en tenant compte de ces aspects. Il devient alors essentiel d'en arriver à mettre au point des instruments de mesure plus précis qui permettront d'appréhender le phénomène de la consommation et de l'abus chez les femmes avec plus de justesse.

L'usage du tabac

[Retour à la table des matières](#)

Les problèmes de santé et les accidents reliés à l'usage du tabac (incendies et accidents de véhicules à moteur) font partie de la littérature scientifique et populaire depuis suffisamment longtemps pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en rappeler ici les grandes lignes. Ce qui nous intéresse est plutôt le rapport que les femmes ont avec le tabac, particulièrement à la lumière des données sur l'augmentation de la mortalité féminine par cancer du poumon (voir le chapitre 3).

Même si le Québec est l'un des pays où l'on fume le plus (en 1985, il venait au quatrième rang sur le plan mondial, selon Duchesne, 1995), la consommation de tabac y est aujourd'hui en perte de vitesse. De 43% qu'il était il y a 15 ans, le pourcentage de fumeurs réguliers est maintenant de 30%. Toutes les données d'enquête ont jusqu'ici mis en lumière le fait que cette baisse avait atteint tous les sous-groupes de la population, mais que les jeunes femmes semblaient moins perméables à ce mouvement.

L'histoire du tabagisme chez les Québécoises est relativement récente. Elles ont commencé à fumer autour des années vingt, mais ce n'est qu'au moment de la dernière guerre que cette consommation est devenue importante. L'usage de la cigarette a été d'abord le fait des femmes des classes supérieures et moyennes, puis s'est répandu à l'ensemble des femmes de tous les groupes socio-économiques. Aujourd'hui, on constate que ce sont les moins nanties qui fument le plus.

La consommation de tabac diminue régulièrement chez les hommes depuis 1965, alors que chez les femmes, particulièrement chez les plus jeunes, cette baisse est plus récente. Il semblerait que le comportement des femmes à cet égard suivrait celui des hommes avec 30 ans

de retard. Par exemple, les femmes de 1981 fumaient comme les hommes de 1950. Au cours des dernières décennies, la persistance du tabagisme chez les femmes avait été attribuée aux jeunes femmes, particulièrement à celles de 20 à 24 ans, qui semblaient fumer de plus en plus. De plus, chez les 15 à 19 ans, on retrouve autant de filles que de garçons parmi les fumeurs réguliers. Par contre, les gros fumeurs, ceux qui consomment plus de 26 cigarettes par jour, ont toujours été plus souvent des hommes. Jusqu'à 1992-1993, on notait qu'en dépit d'une baisse de la consommation générale, la proportion des gros fumeurs avait continué d'augmenter régulièrement, autant chez les femmes que chez les hommes. Avec l'ESS, on remarque une baisse consistante dans cette catégorie : ainsi, la proportion, chez les femmes, est passée de 13% à 8% depuis 1987 (figure 6.1 et tableau 6.8, en annexe).

En 1992-1993, près du tiers de la population québécoise âgée de 15 ans et plus fume régulièrement la cigarette, ce qui représente une diminution par rapport à 1987. Cette consommation varie sensiblement

selon l'âge. La proportion de fumeuses régulières est passée de 33% à 29% entre les deux enquêtes. Les analyses statistiques démontrent que les jeunes femmes (15 à 24 ans) et les femmes âgées de 25 à 44 ans sont proportionnellement aussi nombreuses que les hommes à fumer régulièrement.

L'usage quotidien du tabac augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans et diminue par la suite. C'est entre 25 et 44 ans que l'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs réguliers : 35% chez les femmes et 37% chez les hommes, et il n'y a pas de différences significatives* entre les sexes. Par contre, les gros fumeurs sont plus âgés (45 à 64 ans) et on compte moins de femmes que d'hommes dans cette catégorie (figure 6.2 et tableau 6.9, en annexe).

Depuis 1987, l'usage régulier du tabac a diminué chez les femmes, quel que soit l'âge, bien que cette tendance à la baisse ne soit significative* que chez les femmes de 20 à 24 ans. Ces résultats sont particulièrement intéressants si l'on se rappelle que ce sont justement ces

femmes qui étaient, encore récemment, identifiées comme des fumeuses « irréductibles ». Plus positivement, on peut considérer que présentement, deux Québécoises sur trois âgées de 15 ans et plus ne fument pas, ce groupe étant constitué des femmes n'ayant jamais fumé (36%) et des anciennes fumeuses (32%).

Qui sont les habitués de la cigarette ? Les personnes moins nanties, moins scolarisées et celles qui vivent en union de fait (figure 6.2 et tableau 6.10, en annexe). Chez les femmes, la proportion de fumeuses régulières est particulièrement élevée parmi celles qui sont peu scolarisées et parmi les plus pauvres. Par ailleurs, alors que l'usage régulier de la cigarette est très semblable chez les femmes et les hommes de niveau socio-économique élevé, on note que, chez les plus pauvres, les fumeurs sont significativement plus nombreux que les fumeuses. Chez les femmes mariées, on retrouve significativement moins de fumeuses régulières (24%), particulièrement en comparaison avec celles qui vivent en union de fait (39% de fumeuses régulières).

De façon générale, l'habitude de fumer tous les jours s'acquiert dans le jeune âge. Ainsi, 85% des hommes et 77% des femmes affirment avoir commencé à fumer de façon régulière avant l'âge de 20 ans. Chez les fumeuses régulières âgées entre 15 et 24 ans, 14% ont acquis l'habitude de fumer tous les jours à 12 ans ou moins et 56% l'ont acquise entre 13 et 15 ans. La comparaison des données avec 1987 ne montre pas d'évolution dans les habitudes (tableaux 6.11 à 6.14, en annexe).

Les femmes prennent l'habitude de la cigarette à un âge beaucoup plus précoce qu'auparavant. Alors que 38% des fumeuses de 65 ans ou plus ont commencé à fumer à partir de 25 ans, 44% de leurs consœurs qui ont entre 25 et 44 ans ont, pour leur part, acquis cette habitude entre 16 et 19 ans. Comparativement aux hommes, ce phénomène de génération est nettement plus marqué chez les femmes, la cigarette ayant été associée à des changements dans la situation des femmes, notamment à une plus grande libéralisation dans les comportements.

figure 6.3

FUMEURS RÉGULIERS

selon certaines caractéristiques socio-économiques et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1992

Source : ESS 1992-1993.

Dans le contexte général de la lutte au tabac, il est intéressant de savoir qui sont celles qui ont abandonné la pratique du tabagisme. Qui sont les anciennes fumeuses ? Dans l'ensemble, 73% des anciens fumeurs étaient auparavant des fumeurs réguliers, alors que chez les anciennes fumeuses, cette proportion est de 57%. Les plus jeunes étaient

pour la plupart des fumeuses occasionnelles (77%). Cette dernière constatation tend à renforcer l'idée qu'à l'adolescence, les jeunes sont en phase d'expérimentation et que les comportements qu'ils adoptent ne sont pas forcément le reflet des choix qu'ils feront à l'âge adulte. On trouvera, au chapitre 11, des données supplémentaires sur le tabagisme chez les jeunes femmes.

L'usage du tabac et la consommation d'alcool

[Retour à la table des matières](#)

L'usage combiné du tabac et de l'alcool constitue un risque important pour la santé, d'autant plus que l'on sait maintenant qu'il s'agit de deux habitudes qui ont tendance à s'associer. Le pourcentage des décès attribuables à la consommation combinée d'alcool et de tabac était estimé à 17% de l'ensemble des décès, en 1994 ; ce serait le cas de 22% des décès masculins et de 13% des décès féminins (compilations fournies par Louis Duchesne, BSQ). Le tabac compte pour une bonne partie de cette mortalité puisqu'il serait, à lui seul, responsable de 12% des décès (16% chez les hommes et 9% chez les femmes). Pour l'année 1994, cela correspond à 8 619 décès, dont plus du tiers (35%) sont survenus chez des individus de moins de 65 ans.

Selon l'ESS, la majorité de la population âgée de 15 ans ou plus a consommé de l'alcool au cours de la dernière année. Lorsque l'on associe ces résultats avec les données sur l'usage du tabac, on constate que les personnes qui n'ont jamais fumé sont proportionnellement moins nombreuses à avoir consommé de l'alcool, au cours de la dernière année, que d'autres groupes (anciens fumeurs, fumeurs occasionnels et fumeurs réguliers). Ce qui démarque encore davantage les fumeurs de ceux qui n'ont jamais fumé, ce sont les taux d'abstinence

vis-à-vis de l'alcool (ceux qui déclarent n'avoir jamais pris d'alcool). Parmi les femmes, 12% des fumeuses régulières n'ont jamais pris d'alcool, comparativement à 35% chez celles qui n'ont jamais fumé. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 5% et 19%. Dans le même sens, parmi celles qui n'ont jamais pris d'alcool (20% de la population féminine), quatre femmes sur cinq n'ont jamais fumé.

Si l'on tient compte des liens entre la consommation hebdomadaire d'alcool et le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, on constate que les excès vont de pair, mais uniquement chez les hommes : 19% des gros fumeurs (26 cigarettes ou plus par jour) ont pris 29 consommations ou plus au cours de la dernière semaine, comparativement à 5% pour l'ensemble de la population masculine.

Une question de poids, ou l'indice de masse corporelle

[Retour à la table des matières](#)

La relation des femmes au poids corporel a presque toujours été une douloureuse recherche de la perfection. Une perfection dont les standards sont sans cesse repoussés vers des limites fuyantes, la plupart du temps inaccessibles au grand nombre. Toujours trop maigres ou trop grasses, en totalité ou en partie, les femmes continuent à s'imposer et à se faire imposer la recherche du poids idéal. Poids idéal basé non pas sur des critères de santé et de bien-être, mais bien plus sur les critères de la mode en cours. Et pour atteindre cet idéal, elles posent des gestes coûteux en temps, en argent et en souffrance. À cela s'ajoutent les retombées physiques et psychologiques des échecs, mais aussi des réussites : problèmes circulatoires, dépression, fatigue, intoxication aux médicaments, etc.

La plupart des recherches sur les problèmes liés au poids corporel, en Amérique du Nord, font état de trois facteurs qui contribuent le plus à leur prévalence : la pauvreté, l'appartenance à un groupe ethnique et le sexe des individus. La préoccupation face au poids et à l'image corporelle affecterait différemment les hommes et les femmes (Cash et Brown, 1989) ; chez ces dernières, le poids serait une question majeure. Pourtant, on néglige souvent cette variable dans les études sur le sujet et on néglige particulièrement les perceptions et les attitudes reliées aux pressions sociales qui valorisent un corps féminin jeune et très mince. « Lu minceur, dit Gail Ewan (1993), est devenue un impératif culturel très largement véhiculé par les médias imprimés et électroniques ainsi que par l'industrie de la mode et de la santé physique, dont l'écho se répercute également trop souvent dans les familles, chez les amis et même parmi les professionnels de la santé et les enseignants qui adoptent des attitudes négatives vis-à-vis de ceux ou de celles qui souffrent d'embonpoint. » (p. 50)

Les enquêtes de Santé Québec permettent, à partir du poids et de la taille déclarés par les individus, de calculer un indice pondéral, appelé indice de masse corporelle*, ou IMC. Ce dernier permet à son tour de répartir la population en fonction d'un poids santé et de déterminer la présence d'une insuffisance ou d'un excès de poids. Cet indice a été conçu et validé pour les personnes de 20 à 65 ans, car celles-ci présentent une stabilité quant à la taille et à la condition physique suffisante. On devra interpréter avec prudence les résultats de l'IMC chez les jeunes de 15 à 19 ans, étant donné l'absence d'uniformité du rythme de croissance et de développement (Santé Québec, 1995, chapitre 7). En combinant l'IMC avec le poids que les mêmes personnes souhaitent atteindre, on obtient des renseignements plus complets sur les attitudes et, éventuellement, sur les comportements.

Près de deux Québécoises sur trois (63%), âgées de 15 ans ou plus, ont un poids normal compte tenu de leur taille et de leur âge. Seize pour cent auraient un poids nettement insuffisant, alors que 21% présenteraient un excès de poids ou souffriraient d'obésité (tableau 6.4).

L'insuffisance de poids constitue l'autre pôle de la question ; c'est un problème que l'on a tendance à sous-estimer, et pourtant, une absence consistante de tissus graisseux peut entraîner d'importants problèmes, tels l'anorexie mentale, le déséquilibre hormonal, la stérilité, le rachitisme et l'ostéoporose. On remarque que ce sont surtout les jeunes qui présentent ce type de problème : entre 15 et 19 ans, plus de 20% des jeunes filles et 14% des jeunes garçons auraient une insuffisance de poids. Effet de la croissance ou résultante d'un taux d'activité particulièrement élevé ? Il est difficile de se prononcer en l'absence de données supplémentaires. Cependant, le fort pourcentage d'insuffisance de poids chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans (30%), et même chez celles qui sont âgées de 25 à 44 ans (19%), permet de supposer qu'elles ont des comportements alimentaires particuliers, influencés par l'obsession de la minceur.

On pourrait objecter que ces résultats, calculés à l'aide de données autorévélatrices sous-estiment l'excès de poids à cause de la tendance générale, observée dans de telles enquêtes, vers une sous-déclaration du poids et une surestimation de la taille. L'enquête québécoise sur la nutrition, faite en 1990 (Santé Québec/Bertrand, 1995), apporte à cet effet des données plus précises, puisque l'indice de masse corporelle se base cette fois-ci sur des mesures corporelles prises par des intervieweurs formés à cet effet. Elle rapporte que 12% des femmes de 18 à 64 ans souffriraient d'obésité ; ce pourcentage monterait à 21% chez les femmes de 50 à 64 ans (p. 277). Par ailleurs, l'insuffisance de poids serait le fait de 25% des jeunes femmes (18 à 34 ans) et de 16% des femmes de 35 à 49 ans. Ces chiffres concordent avec ceux de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993. Selon Bertrand (1995), « les faibles quantités de fer attirent l'attention vers les femmes en âge de procréer (18-49 ans). Celles-ci ont aussi un régime moins dense en fibres que les autres groupes » (p. 291). Le même rapport recommande que la recherche se penche sur les apports alimentaires des femmes de 18 à 34 ans dont l'indice de masse corporelle* est inférieur à 20, c'est-à-dire celles qui ont une insuffisance de poids.

Une minorité de femmes, soit 17%, se déclarent satisfaites de leur poids corporel. Trois femmes sur quatre souhaitent perdre du poids ; plus de la moitié d'entre elles (52%) souhaitent même une grande diminution. Le désir de perdre du poids, qu'il soit ou non justifié, est toujours plus féminin que masculin (tableau 6.5). En ce sens, il comporte une signification culturelle importante ; cette question est reprise à la section sur les jeunes femmes. Ce qui retient particulièrement l'attention ici est cette proportion de 23% de femmes qui ont un poids insuffisant et qui désirent une diminution de leur masse corporelle. En second lieu, on note que la très grande majorité (84%) des femmes ayant un poids santé désirent également maigrir. L'enquête québécoise sur la nutrition (Bertrand, 1995) rapporte que chez les jeunes femmes (18 à 34 ans), la préoccupation du poids vient en tête de liste parmi les facteurs qui influencent le plus leurs choix alimentaires (p. 210). L'étude de Marie Lecavalier sur les femmes cocaïnomanes en traitement (1991) montre que les femmes ont admis apprécier les propriétés anorexigènes de la cocaïne et qu'au moment de l'arrêt de la consommation, plusieurs se montrent préoccupées par la peur d'un gain de poids.

L'excès de poids peut être également considéré comme une « maladie sociale », en ce sens qu'il est relié à certains facteurs socio-économiques. À cet égard, les résultats de l'enquête sociale et de santé montrent des différences entre les hommes et les femmes (figure 6.4 et tableau 6. 15, en annexe).

Tableau 6.5
PROPORTION DE LA POPULATION DÉSIRANT MAIGRIR
selon le poids, l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

GROUPE D'ÂGE	SEXE	POIDS INSUFFISANT		POIDS SANTÉ		SURPOIDS	
		%	[I.C.]	%	[I.C.]	%	[I.C.]
15-19 ans	H	3,1	[-]e	18,1	[12,2-24,0]c	67,9	[55,1-80,7]b
	F	25,4	[12,6-38,1]d	84,5	[78,7-90,3]a	96,6	[90,6-100]a
20-24 ans	H	0,3	[_]e	31,8	[24,9-38,7]b	93,8	[86,7-100]a
	F	41,3	[29,6-53,0]b	89,6	[84,4-94,8]a	97,3	[90,6-100]a
25-44 ans	H	1,0	[-]e	47,0	[43,6-50,4]a	92,4	[89,6-95,2]a
	F	20,2	[15,1-25,3]b	84,4	[81,9-86,9]a	99,2	[98,0-100]a
45-64 ans	H	14,2	[0,0-29,8]e	53,6	[49,0-58,2]a	94,3	[91,6-97,0]a
	F	12,4	[4,5-20,3]e	81,8	[78,4-85,2]a	99,0	[97,7-100]e
65 ans et plus	H	9,1	[0,0-22,3]e	44,0	[36,5-51,5]b	92,6	[86,9-98,2]b
	F	1,4	[_]e	63,6	[57,3-70,0]a	88,8	[83,2-94,4]a
Total	H	3,2	[0,3-6,1]e	44,1	[41,7-46,5]a	91,5	[89,5-93,5]a
	F	23,0	[18,9-27,1]b	84,1	[82,3-85,9]a	8,8	[97,8-99,8]a
Source : ESS 1992-1993.							

Chez les femmes, l'excès de poids diminue à mesure que le niveau économique s'élève. Les femmes riches ont significativement* moins d'excès de poids (15%) que les femmes les plus pauvres (26%). Les conditions de vie de ces dernières (alimentation mal équilibrée, sédentarité, problèmes de santé) peuvent être invoquées pour expliquer leur taux élevé de surpoids. La situation des hommes diffère complètement : l'excès de poids se retrouve plus souvent chez les plus favorisés (32%) que chez les plus pauvres (24%). Il s'agit cependant d'une tendance, ces différences n'étant pas statistiquement significatives. En contrepartie, l'insuffisance de poids va se retrouver, chez eux, deux fois plus souvent dans les milieux défavorisés (9% chez les plus riches

contre 4% chez les très pauvres, différences non significatives cependant).

figure 6.4

PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN SURPOIDS

selon la suffisance du revenu et le sexe,
population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

Chez les femmes, par contre, l'insuffisance de poids reste très stable (entre 15% et 18%), quel que soit le niveau socio-économique envisagé. Ce dernier résultat est particulièrement éloquent, car il confirme l'influence des facteurs de contrôle social plutôt que celle du contexte socio-économique.

On pourra se questionner sur ces tendances diamétralement opposées entre les hommes et les femmes. Peut-on présumer que les conditions de vie vont avoir un impact différent selon le sexe ? Ou encore que l'image corporelle va jouer, chez les femmes, un rôle qui vient contrecarrer l'influence des conditions de vie, particulièrement chez les femmes des niveaux plus favorisés ? Les études menées par Sobal et Stunkard (1989) aux États-Unis arrivent à des résultats similaires ; les auteurs expliquent que le style de vie des femmes pauvres n'impli-

que pas la surveillance chronique du poids, ni la pratique de l'exercice physique, comme c'est le cas chez les femmes des classes moyennes. Les femmes des classes défavorisées vont alors faire face à une double stigmatisation : être pauvres et afficher un excès de poids. Elles vont vivre à la fois les problèmes physiques reliés à l'excès de poids et à l'obésité, mais aussi subir la réprobation de la société, qui croit souvent que les femmes trop grosses pourraient facilement perdre du poids si elles étaient plus responsables (Bowen et al., 1991). Ici encore, on peut suggérer des pistes de recherche dans un secteur où les liens entre les habitudes de vie, les représentations sociales, l'estime de soi et les effets sur la santé semblent passablement complexes.

L'excès de poids serait également associé à une plus faible scolarité : 30% des personnes ayant une faible scolarité présentent un excès de poids, comparativement à 20% chez les plus instruites. Par ailleurs, on n'a trouvé aucune association significative avec le tabagisme, l'exercice physique, la détresse psychologique ou la satisfaction dans la vie sociale.

Le lien établi entre le poids et la perception que l'on a de sa santé est particulier (tableau 6.6). Les gens qui ont un poids santé se déclarent majoritairement en excellente ou en très bonne santé (53% chez les femmes et 58% chez les hommes). Les femmes de poids insuffisant vont se comporter à cet égard de la même façon que celles qui ont un poids santé ; par contre, en situation de surpoids, elles seront plus nombreuses à qualifier leur santé de moyenne ou de mauvaise (17%). À l'inverse, chez les hommes, c'est l'insuffisance de poids qui est le plus souvent associée à une perception négative de sa santé (18%). Ceci vient renforcer l'importance de l'impact du niveau économique, mentionnée précédemment.

Tableau 6.6
PERCEPTION DE SA SANTÉ
selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1992-1993

PERCEPTION DE SA SANTÉ	POIDS INSUFFISANT		POIDS SANTÉ		SURPOIDS	
	%	[I.C.]	%	[I.C.]	%	[I.C.]
Excellente ou très bonne						
hommes	45,5	[38,0-53,0]b	57,6 [55,4-59,8]a	49,4	[46,0-52,7]a	
femmes	53,2	[48,8-57,7]a	52,6 [50,3-54-9]a	39,8	[36,0-43,7]a	
Bonne						
hommes	37,0	[29,8-44,2]b	34,4 [32,3-36,5]a	38,5	[35,2-41,8]a	
femmes	35,7	[31,4-40,0]a	37,7 [35,5-39,9]a	42,5	[38,7-46,4]a	
Moyenne ou mauvaise						
hommes	17,5	[11,8-23,2]b	8,0 [6,8-9,2]b	12,1	[9,9-14,3]b	
femmes	11,1	[8,3-13,9]b	9,7 [8,4-11,1]b	17,3	[14,6-20,6]b	
Source : ESS 1992-1993.						

À cause des pressions intenses qui les poussent à se conformer à cette image féminine de minceur, la diète et les restrictions alimentaires chroniques sont devenus des aspects normaux de la vie d'un grand nombre de femmes (Polivy et Herman, 1987 ; Striegel-Moore et al., 1986). En 1987, l'enquête Santé Québec avait exploré les gestes posés par les femmes pour améliorer leur poids. Onze pour cent des femmes âgées de 15 ans et plus étaient au régime au moment de l'enquête, soit deux fois plus que chez les hommes. Les raisons les plus souvent invoquées étaient alors les problèmes de poids, le diabète et les maladies coronariennes. Quel que soit leur poids, les femmes s'engageaient plus souvent que les hommes dans des régimes. C'est évidemment dans la situation d'obésité que l'on retrouvait la plus grande proportion de personnes qui s'adonnaient à cette pratique. Deux fois plus de femmes que d'hommes dont le poids était supérieur à la normale disaient suivre un régime en 1987 ; par contre, à partir de 65 ans, les hommes

suivaient des régimes presque aussi souvent que les femmes ; on peut penser que l'état de santé devenait alors un incitatif important.

Excès de minceur ou de poids : les deux pôles à surveiller

[Retour à la table des matières](#)

L'obsession de la minceur n'est qu'un des aspects de l'image corporelle ; c'est toutefois l'un des plus importants. Avec le vieillissement de la population féminine, cette obsession risque de prendre une connotation plus tragique, car l'âge moyen des femmes étant de plus en plus élevé, on s'éloigne d'autant plus des images présentées par la publicité. Les résultats de l'enquête montrent bien la nécessité de poursuivre la recherche sur les effets de la course vers l'idéal corporel sur la santé des femmes. On peut, par ailleurs, se réjouir du fait que la proportion des femmes qui présentent une insuffisance de poids a diminué depuis 1987 ; chez les femmes de 15 à 44 ans, elle est passée de 26% à 21%.

À l'opposé, l'augmentation de l'excès de poids, depuis 1987, devient une préoccupation en santé publique. Selon Santé Québec (1995), cette augmentation « remet en question l'efficacité ou la portée des programmes de promotion de la santé et de prévention, mis en place pour réduire la prévalence de ce facteur de risque de problèmes de santé au sein de la population » (tome 1, p. 119).

L'activité physique et la sédentarité

[Retour à la table des matières](#)

Il sera ici question de l'activité physique de loisir. Les données de l'ESS permettent d'estimer la proportion de la population jugée « active », comparativement à celle qui est plutôt « sédentaire ». L'indicateur à la base des analyses présentées est « la fréquence d'activités physiques de loisirs, de 20 à 30 minutes par séance, au cours des trois mois ayant précédé l'enquête ». Cet indicateur ne tient pas compte de l'activité générée par le travail ou par les tâches domestiques.

Dans l'ensemble, l'enquête montre que les femmes, tout comme les hommes, se répartissent en deux groupes principaux : les « actifs » (23% des femmes et 28% des hommes) et les « sédentaires » (40% et 35% respectivement). Les hommes sont significativement* plus actifs que les femmes quant aux activités physiques de loisir (figure 6.5 et tableau 6.16, en annexe).

Ainsi, quatre femmes sur dix ne font, à toutes fins utiles, aucune forme d'exercice physique de loisir. La proportion d'hommes dans la même situation est significativement moins élevée, quoique encore beaucoup trop importante, si on considère que le maintien de la forme physique nécessite au moins trois séances hebdomadaires d'exercice physique, d'une durée minimale de 20 minutes par séance. On n'observe aucune différence significative entre les hommes et les femmes pour les autres catégories de fréquence d'activité physique de loisir (c'est-à-dire pour les activités de fréquence moyenne).

figure 6.5

FRÉQUENCE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIR
selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

Ce sont les jeunes hommes (15-24 ans) et les hommes âgés (65 ans et plus) qui font le plus d'activités physiques (tableau 6.7), les proportions étant respectivement de 43% et de 38%. Les données suggèrent que les jeunes et les plus âgés se distinguent statistiquement des deux autres groupes d'âge, où les proportions d'hommes qui s'adonnent à des activités physiques trois fois par semaine chutent à 22% pour les 25-44 ans et à 26% pour les 45-64 ans.

Tableau 6.7
FRÉQUENCE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIR
selon l'âge et le sexe, Québec, 1992-1993

FRÉQUENCE DES ACTI- VITÉS PHYSIQUES DE LOISIR PAR GROUPE D'ÂGE	HOMMES		FEMMES	
	%	[I.C.]	%	[I.C.]
1 fois par mois ou moins	34,8	[33,1-36,5]a	40,2	[38,4-41,9]a
15-24 ans	17,2	[13,9-20,4]b	27,4	[23,5-31,3]b
25-44 ans	36,4	[33,8-39,0]a	42,4	[39,7 44,7]a
45-64 ans	41,6	[38,2-45,0]a	40,4	[37,0-43,7]a
65 ans et plus	39,8	[34,3 45,2]b	47,8	[43,0-52,5]a
2 à 3 fois par mois	9,6	[8,6-10,7]a	9,0	[8,6-19,7]a
15-24 ans	10,0	[7,4-12,5]b	12,9	[9,9-15,8]b
25-44 ans	12,1	[10,3-13,8]b	10,8	[9,1-12,4]b
45-64 ans	7,3	[5,5-9,1]b	6,6	14,9 8,3]b
65 ans et plus	4,6	[2,3-7,0]d	3,8	[2,0-3,8]d
1 fois par semaine	13,9	[12,6-15,1]a	15,6	[14,3-16,9]a
15-24 ans	12,8	[9,9 15,7]b	18,0	[14,6-21,3]b
25-44 ans	15,8	[13,9-17,8]	a16,3	[14,3-18,2]a
45-64 ans	13,2	[10,9-15,6]b	14,7	[12,3-17,1]b
65 ans et plus	8,9	[5,7-12,1]c	12,5	[9,4-15,6]c
2 fois par semaine	13,6	[12,3-14,8]a	12,6	[11,4-13,8]a
15-24 ans	16,8	[13,6-20,1]b	16,4	[13,2-19,7]b
25-44 ans	14,2	[12,3-16,0]b	12,8	[11,0-14,6]b
45-64 ans	12,2	[9,9-14,4]b	11,6	[9,4-13,7]b
65 ans et plus	9,1	[5,9-12,3]c	9,4	[6,6-12,2]c
3 fois par semaine ou plus	28,1	[26,s-29,7]a	22,6	[21,1-24,1]a
15-24 ans	43,2	[39,0-47,s]a	25,4	[21,5-29,1]b
25-44 ans	21,6	[19,4-23,8]a	17,8	[15,7-19,8]a
45-64 ans	2s,7	[22,7-28,7]b	26,5	[23,7-29,7]a
65 ans et plus	37,6	[32,2-43,0]b	26,5	[22,3-30,7]b
Source : ESS 1992-1993.				

Le profil est assez différent pour les femmes. Comme les jeunes hommes, les jeunes filles sont celles qui sont les moins sédentaires, la proportion de jeunes femmes ne faisant presque jamais d'activités physiques étant de 27%, comparativement à 40% pour la moyenne des femmes. Comme on pouvait s'y attendre, les plus sédentaires sont les femmes âgées de 65 ans et plus (48%). Chose étonnante cependant, une proportion importante ; (27%) de la population âgée féminine fait des activités physiques trois fois ou plus par semaine et, à ce chapitre, la proportion de femmes âgées est même plus élevée que la proportion moyenne des femmes dans cette catégorie de fréquence d'activités (23%). Les écarts de proportion sont significatifs uniquement entre les femmes de 25-44 ans, d'une part, et chacun des autres groupes d'âge, d'autre part. On pourrait probablement y voir un lien entre la multiplicité des rôles et le temps réservé aux loisirs, notamment aux activités physiques (tableau 6.7).

L'examen de la fréquence des activités physiques par groupe d'âge montre que le profil des femmes diffère sensiblement de celui des hommes. Ce sont les jeunes (15-24 ans) qui présentent les écarts significatifs les plus importants : les jeunes filles sont proportionnellement plus nombreuses (27%) que les jeunes hommes (17%) à faire de l'exercice physique une fois par mois ou moins. La proportion de jeunes hommes qui font des activités physiques trois fois par semaine ou plus est près de deux fois plus élevée que la proportion correspondante chez les jeunes femmes (43,2% contre 25%).

Tant chez les hommes que chez les femmes, ce sont les célibataires qui sont les moins sédentaires (figure 6.6 et tableau 6.17, en annexe). Lorsqu'on compare les hommes célibataires aux autres groupes d'hommes, ou encore lorsqu'on compare les femmes célibataires aux autres groupes de femmes, on constate que les écarts de proportion sont significatifs, quel que soit le groupe de comparaison (marié(e) ; en union de fait ; veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)). Les célibataires sont également ceux qui sont les mieux représentés parmi les person-

nes qui font des activités physiques au moins trois fois par semaine, alors que les personnes mariées ou vivant en union de fait sont les moins bien représentées dans ce groupe.

Les écarts de proportion les plus importants observés entre les hommes et les femmes se retrouvent parmi les célibataires qui font des activités physiques au moins trois fois par semaine : 38% des hommes célibataires font des activités physiques à cette fréquence, comparativement à seulement 27% chez les femmes célibataires. Les hommes mariés et les femmes mariées ont un profil d'activité qui se ressemble beaucoup plus, les écarts de proportion étant alors seulement de 2% à 3% (probablement parce que les personnes mariées sont

plus susceptibles d'avoir des enfants). Il y a sûrement un effet d'âge sur ces résultats, les célibataires étant plus jeunes en moyenne. Par contre, on remarque des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'activité intense.

figure 6.7

FRÉQUENCE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIR
selon la suffisance du revenu et le sexe,
population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

La sédentarité (activité physique une fois par mois ou moins) est associée au revenu. De façon générale, tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes sédentaires diminue graduellement à mesure que le revenu augmente. Les écarts de proportion sont significatifs lorsqu'on compare les personnes qui disposent d'un

revenu supérieur aux autres personnes, quel que soit leur niveau de revenu (figure 6.7 et tableau 6. 18, en annexe).

figure 6.8

FRÉQUENCE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIR
selon la scolarité relative et le sexe, population de 15 ans et plus,
Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993

Le niveau de scolarité va aussi influencer la sédentarité puisque, de façon générale, la proportion de personnes sédentaires diminue graduellement à mesure que le niveau de scolarité augmente, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Comme dans le cas du revenu, le pourcentage de sédentarité est significativement moins élevé chez

les personnes les plus scolarisées. Lorsqu'on compare les hommes et les femmes appartenant au même quintile, on n'observe aucune différence significative (figure 6.8 et tableau 6. 19, en annexe).

FAITS SAILLANTS

[Retour à la table des matières](#)

Alcool et drogue

- La majorité des femmes consomment de l'alcool de façon modérée. De façon générale, elles boivent moins souvent et de plus petites quantités que les hommes.
- La consommation des jeunes femmes (15 à 24 ans) se rapproche de celle des jeunes hommes. Plus de 25% d'entre elles ont déclaré avoir consommé cinq verres ou plus par occasion, à au moins cinq reprises au cours de l'année précédant l'enquête.
- Les femmes de 25 à 44 ans déclarent plus de problèmes liés à leur consommation, particulièrement des problèmes de culpabilité et des critiques de leur entourage.
- Les femmes en traitement pour alcoolisme ou autre toxicomanie présentent des profils sociosanitaires plus détériorés que les hommes dans la même situation.

Usage du tabac

- L'usage régulier du tabac est en diminution, particulièrement chez les femmes de 20 à 24 ans.

- Le tiers des femmes fument régulièrement et cette situation est semblable à celle des hommes ; par ailleurs, 8% seulement des femmes, contre 14% des hommes, font partie des « gros fumeurs ».
- La prévalence du tabagisme double entre les plus riches et les plus pauvres, autant chez les hommes que chez les femmes ; par ailleurs, aux niveaux les plus favorisés, la prévalence est à peu près la même entre les sexes, alors que chez les plus pauvres, le pourcentage de fumeurs réguliers est significativement* plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le tabagisme plus présent chez les femmes peu scolarisées ainsi que chez celles qui vivent en union de fait.

Poids et taille

- 16% des femmes de 15 ans et plus souffrent d'une insuffisance de poids et 21% d'un excès de poids ; depuis 1987, l'excès de poids chez les femmes de 15 ans et plus est passé de 17% à 21%.
- Près d'un tiers des femmes de 20 à 24 ans ont un poids insuffisant ; 41% d'entre elles souhaitent maigrir davantage.
- Chez les femmes, l'excès de poids diminue à mesure que le niveau socio-économique s'élève, alors que la situation des hommes est très différente, car chez eux, l'excès de poids se retrouve plus souvent chez les plus favorisés.
- Chez les femmes, l'insuffisance de poids est associée à une meilleure perception de sa santé, au même titre que le poids santé ; chez elles, l'insuffisance de poids ne varie pas en fonction du niveau socio-économique, contrairement aux hommes, chez qui elle est associée à la pauvreté. Ces données suggèrent l'influence des facteurs de contrôle social chez les femmes plutôt que celle du contexte socio-économique.

Activités physiques

- Près d'une femme sur quatre pratique des activités physiques de loisir de façon active ; 40% sont sédentaires.
- Les femmes font significativement moins d'activités physiques reliées à leurs loisirs que les hommes.
- Les femmes plus pauvres ou moins scolarisées sont significativement plus sédentaires que les autres femmes.

Fin du texte