Le surplus de poids chez les francophones et les anglophones

Isabelle Gagnon-Arpin, M.Sc.¹, Ewa Makvandi, M.Sc.¹, Pascal Imbeault, Ph.D.^{2,3}, Malek Batal, Ph.D.^{3,4}, Louise Bouchard, Ph.D.^{3,5}

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Des études récentes rapportent une prévalence d'embonpoint et d'obésité plus élevée chez les francophones en situation linguistique minoritaire en comparaison à la majorité anglophone du Canada. L'objectif de l'étude est de vérifier si l'appartenance au groupe linguistique minoritaire s'ajoute aux déterminants sociaux du surplus de poids.

MÉTHODE : Les statistiques descriptives (n=128 986), provenant de cinq cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ont été croisées en fonction de la langue et du sexe des individus. Deux modèles de régression logistique multivariée, pour les hommes et pour les femmes, ont permis de tester l'association entre le surplus de poids et la langue en contrôlant pour les déterminants socioéconomiques et comportementaux.

RÉSULTATS : La prévalence du surplus de poids est plus élevée chez les francophones que chez les anglophones de l'Ontario, bien que cette différence ne soit plus significative lorsque le modèle est ajusté pour les caractéristiques socioéconomiques et comportementales. Néanmoins, les francophones sont plus âgés, moins éduqués et vivent davantage en milieu rural que leurs homologues anglophones, un contexte qui les rend plus vulnérables.

CONCLUSION : L'étude vient réaffirmer le rôle des déterminants sociaux et comportementaux dans la prévalence du surplus de poids. Bien que la langue n'influence pas directement le surplus de poids, compte tenu de la réalité socioéconomique de la minorité francophone, représentée en plus grande proportion dans les strates de la population plus vulnérable au surplus de poids, l'appartenance à un groupe minoritaire devrait interpeller les planificateurs de la santé.

MOTS CLÉS : groupe minoritaire; santé; langue; obésité; embonpoint; indice de masse corporelle; déterminants sociaux de la santé

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S21-S25.

La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité regroupés, défini par un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m² ⁽¹⁾, est à la hausse depuis les dernières décennies au Canada comme dans tous les pays industrialisés²⁻⁵. Les risques de santé associés au surplus de poids sont largement documentés, et incluent le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, les problèmes musculo-squelettiques et certains cancers⁶⁻⁸. Le surplus de poids est également associé à des incapacités et limitations physiques, ainsi qu'à des troubles psychologiques tels que l'anxiété et la dépression^{6,9,10}. La littérature scientifique rapporte que le surplus de poids est plus prévalent dans les classes sociales moins éduquées et plus pauvres^{11,12} de même que chez les hommes^{11,13}.

Des études récentes rapportent une prévalence d'obésité et d'embonpoint plus élevée chez les francophones en situation linguistique minoritaire comparativement à la population anglophone canadienne^{14,15}. Le deuxième rapport sur la santé de l'Ontario (2005) indiquait que la prévalence du surplus de poids (embonpoint et obésité) était de 54,7 % chez les francophones contre 50,3 % chez les anglophones¹². Les mêmes résultats sont rapportés par Bouchard et al.¹⁶ : des taux d'obésité plus élevés chez les francophones que les anglophones de l'Ontario (18,1 % et 15,9 % respectivement) ainsi que les taux d'embonpoint plus élevés (36 % et 34,3 % respectivement). Deux études ont également montré que les francophones seraient plus inactifs que les anglophones de l'Ontario^{12,16}. Ces statistiques de nature descriptive ne permettent pas d'expliquer si l'appartenance à une minorité *per se* influence la

probabilité de présenter un surplus de poids¹⁷. L'objectif de l'étude est donc d'examiner la relation entre appartenance linguistique et la prévalence de l'embonpoint/obésité.

MÉTHODE

Population

L'échantillon final retenu pour analyses compte 128 986 adultes âgés de 18 ans et plus, dont 8 201 francophones et 120 785 anglophones, vivant en Ontario.

Affiliations des auteurs

1. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
2. École des sciences de l'activité physique, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
3. Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario)
4. Département de la nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal (Québec)
5. Institut de recherche sur la santé des populations, Département de sociologie et d'anthropologie, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Correspondance : Isabelle Gagnon-Arpin, Agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Affiliation lors de l'étude : Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario, Université d'Ottawa) 3725, rue St-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9, Tél. : 514-286-6500, poste 5847, Téléc. : 514-286-5669, Courriel : g.a.isabelle@gmail.com

Remerciements : Cette recherche a été financée par le Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO).

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Caractéristiques descriptives de l'échantillon par groupe linguistique et sexe

	Hommes francophones (%)	Hommes anglophones (%)	Femmes francophones (%)	Femmes anglophones (%)
Âge (années)				
18-34	23,5	30,1	23,5	28,4
35-49	34,5	32,3	31,0	31,3
50-64	26,4	23,7	26,2	23,4
65+	15,6	14,0	19,3	16,9
Éducation				
Pas de diplôme d'études secondaires	18,5	13,5	18,1	13,7
Diplôme d'études secondaires	13,3	18,4	15,6	19,7
Études postsecondaires partielles	7,0	8,6	8,8	8,4
Diplôme d'études postsecondaires	61,3	59,5	57,4	58,3
Revenu				
1 ^{er} quintile	15,3	16,0	20,7	22,0
2 ^e quintile	15,5	18,7	18,7	21,2
3 ^e quintile	18,4	20,1	19,3	20,1
4 ^e quintile	23,5	21,9	21,0	18,6
5 ^e quintile	27,4	23,4	20,4	18,2
État civil				
Célibataire/jamais marié	20,6	25,4	17,4	21,6
Marié/conjoint de fait	69,3	67,0	64,0	61,3
Veuf/divorcé/séparé	10,1	7,6	18,6	17,1
Lieu de résidence				
Urbain	21,4	14,6	20,2	13,9
Rural	78,6	85,4	79,8	86,1
Né au Canada				
Non	10,0	32,9	10,1	33,2
Oui	90,0	67,1	89,9	66,8
Sentiment d'appartenance à la communauté : faible/très faible	40,8	35,6	39,7	34,0
Embonpoint/obésité (IMC ≥ 25)	61,2	58,5	47,9	42,3
Santé perçue : passable/mauvaise	13,2	11,0	13,5	12,7
Consommation de tabac : quotidienne	21,9	19,7	18,6	14,7
Consommation d'alcool : fréquente	14,2	13,5	2,8	4,0
Niveau d'activité physique : inactif	44,7	47,5	53,2	54,0
<5 fois des fruits et légumes/jour	63,3	64,3	48,9	51,7

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), menée par Statistique Canada en 2003 (cycle 2.1), 2005 (cycle 3.1), 2007 (cycle 4.1), 2008 et 2009. La population cible de l'ESCC est composée de Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus, habitant dans des logements privés des 10 provinces et 3 territoires du pays. Sont exclus les résidents des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées, ainsi que les habitants de certaines régions éloignées. L'ESCC est une enquête transversale à participation volontaire. Les données sont obtenues directement auprès des répondants, suivant la méthode d'interview en personne assistée par ordinateur (IPAO) ou la méthode de l'interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO), selon les unités d'échantillonnage sélectionnées.

Combinaison des cycles de l'ESCC

Les cycles de l'ESCC utilisés dans cette étude ont été combinés selon la méthode proposée par Statistique Canada¹⁸, afin de réduire le problème des petites tailles de l'échantillon des francophones au sein de ces enquêtes. Les estimés obtenus représentent la moyenne à travers les cycles.

Identification des francophones

Les francophones et anglophones ont été identifiés par l'entremise de variables portant sur la langue de conversation, la langue maternelle, la langue de l'entrevue et la langue de conversation préférée lors de l'enquête. Cet algorithme fut introduit par Bouchard et al. en 2009 et permet de distinguer le plus clairement possible les locuteurs francophones (incluant les immigrants) des locuteurs anglophones¹⁹.

Variables

La variable dépendante est l'indice de masse corporelle (IMC), qui est calculé à partir de la taille et du poids rapportés. Les répondants présentant un IMC ≥ 25 ont été classés dans la catégorie d'embonpoint/obésité, selon les lignes directrices de Santé Canada¹. Les déterminants sociaux de l'IMC inclus dans les modèles de régression comprennent l'âge (18-34, 35-49, 50-64, 65+), le niveau d'éducation (pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles, études postsecondaires complétées), le revenu (divisé en quintiles), l'état civil (célibataire/jamais marié, marié/conjoint de fait, veuf/divorcé/séparé), être né au Canada (oui ou non), vivre en milieu urbain ou rural, et le sentiment d'appartenance à la communauté (moyennement à très forte; moyennement à très faible). Un indicateur de santé a été retenu : la santé perçue (bonne/très bonne/excellente; passable/mauvaise), et les variables du style de vie incluaient la consommation d'alcool et de tabac (quotidienne; occasionnelle; jamais), le niveau d'activité physique (actif ou inactif), et la consommation de fruits et légumes (moins de 5 fois par jour; plus de 5 fois par jour).

Analyses

Les statistiques descriptives des caractéristiques socioéconomiques, ainsi que des indicateurs de la santé perçue et du style de vie ont été croisées selon la langue et le sexe des individus. Deux modèles de régression logistique multivariée (hommes et femmes) ont permis de tester l'association entre l'embonpoint/obésité et l'appartenance au groupe linguistique (francophone ou anglophone), en contrôlant pour les caractéristiques socioéconomiques et les indicateurs du style de vie. Tous les estimés sont pondérés à la population ontarienne, et les estimations de la variance (intervalles de con-

Tableau 2. Association entre l'embonpoint/obésité et le groupe linguistique pour les hommes et les femmes, selon les caractéristiques socioéconomiques et du style de vie

	Hommes RC (IC 95%)	Femmes RC (IC 95%)
Groupe linguistique	0,96 (0,83-1,11)	1,04 (0,91-1,18)
Âge (années)		
18-34	1,00	1,00
35-49	1,57 (1,44-1,72)*	1,41 (1,29-1,53)*
50-64	1,81 (1,64-1,99)*	2,21 (2,04-2,41)*
65+	1,18 (1,06-1,31)*	1,34 (1,22-1,48)*
Éducation		
Pas de diplôme d'études secondaires	1,14 (1,02-1,28)*	1,45 (1,30-1,61)*
Diplôme d'études secondaires	1,12 (1,03-1,23)*	1,12 (1,04-1,22)*
Études postsecondaires partielles	0,93 (0,82-1,06)	0,99 (0,87-1,13)
Diplôme d'études postsecondaires	1,00	1,00
Revenu		
1 ^{er} quintile	0,74 (0,65-0,84)*	1,41 (1,25-1,58)*
2 ^e quintile	0,86 (0,77-0,96)*	1,39 (1,24-1,56)*
3 ^e quintile	0,91 (0,83-1,01)	1,35 (1,22-1,50)*
4 ^e quintile	0,99 (0,90-1,09)	1,22 (1,10-1,36)*
5 ^e quintile	1,00	1,00
État civil		
Célibataire/jamais marié	1,00	1,00
Marié/conjoint de fait	1,87 (1,71-2,03)*	1,30 (1,18-1,43)*
Veuf/divorcé/séparé	1,63 (1,43-1,86)*	1,22 (1,08-1,39)*
Lieu de résidence		
Urbain	1,00	1,00
Rural	1,18 (1,08-1,29)*	1,19 (1,11-1,28)*
Né au Canada		
Non	0,71 (0,65-0,77)*	0,71 (0,65-0,77)*
Oui	1,00	1,00
Sentiment d'appartenance à la communauté : faible/très faible	0,89 (0,83-0,96)*	0,95 (0,89-1,02)
Santé perçue : passable/mauvaise	1,67 (1,48-1,88)*	1,82 (1,62-2,05)*
Consommation de tabac : quotidienne	0,64 (0,59-0,71)*	0,84 (0,76-0,92)*
Consommation d'alcool : fréquente	1,21 (1,12-1,31)*	1,04 (0,95-1,13)
Niveau d'activité physique : inactif	1,11 (1,04-1,20)*	1,42 (1,32-1,52)*

* p<0,05.

fiance à 95%) ont été calculées au moyen de la technique bootstrap. Les valeurs p de <0,05 sont considérées statistiquement significatives. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec SAS 9.2.

RÉSULTATS

Analyse descriptive

Une proportion significativement plus grande de francophones que d'anglophones se situe dans la catégorie d'embonpoint/obésité (tableau 1). La prévalence est de 61,2 % chez les hommes francophones et de 58,5 % chez les hommes anglophones. Cette différence de surpoids est plus prononcée chez les femmes francophones (47,9 %) qu'anglophones (42,3 %). Les francophones sont plus âgés et moins éduqués que leurs homologues anglophones, mais plus aisés financièrement. De plus, on retrouve moins de francophones célibataires, vivants en milieu urbain et nés à l'extérieur du Canada que du côté anglophone. La mauvaise santé perçue est légèrement plus prévalente chez les hommes francophones (13,2 %) qu'anglophones (11 %), tandis que ces derniers sont plus inactifs. Du côté des femmes, les francophones fument davantage que les anglophones. Par contre, les femmes anglophones ont une fréquence de consommation de fruits et légumes moindre que leurs homologues francophones.

Analyse multivariée

Le tableau 2 présente l'association entre l'embonpoint/obésité et le groupe linguistique, en fonction du sexe. Lorsque les modèles sont ajustés pour les caractéristiques socioéconomiques et les indicateurs du style de vie, le groupe linguistique n'est pas significativement associé au surplus de poids. Parmi les variables socioéconomiques

étudiées, le surplus de poids est plus prévalent dans les strates d'individus plus âgés (versus les moins de 35 ans) et moins éduqués (diplôme d'études secondaires versus études collégiales et universitaires). L'influence du revenu sur l'embonpoint/obésité diffère entre les hommes et les femmes, c'est-à-dire que les hommes ayant un plus faible revenu sont moins portés à avoir un surplus de poids que ceux à revenu plus élevé, tandis que l'association est inversée chez les femmes. Les personnes célibataires, les immigrants et les gens vivant en milieu urbain sont moins portés à présenter un surplus de poids.

Les individus percevant leur santé de passable ou mauvaise, ceux qui sont inactifs physiquement et ceux qui consomment des fruits et légumes moins de cinq fois par jour sont plus portés à avoir un surplus de poids. Les fumeurs présentent des taux d'embonpoint/obésité moins élevés que les non-fumeurs. La consommation fréquente d'alcool, quant à elle, était significativement associée au surplus de poids chez les hommes seulement.

DISCUSSION

Bien que la prévalence d'embonpoint/obésité soit plus élevée chez les francophones que chez les anglophones de l'Ontario, les modèles multivariés montrent que l'association entre l'appartenance linguistique et l'obésité/embonpoint ne persiste plus lorsqu'on prend en considération les déterminants sociaux et comportementaux associés au surplus de poids. Les résultats de notre étude confirment l'influence des déterminants sociaux et comportementaux sur la prévalence du surplus de poids.

Par contre, l'appartenance au groupe linguistique minoritaire montre qu'une plus grande proportion de ses membres se trouvent également dans les plus faibles niveaux d'éducation, sont plus

âgés et vivent dans les milieux ruraux. Ces observations corroborent les résultats issus d'études menées au niveau national qui identifient l'éducation et le revenu^{11,12,20} ainsi que le milieu résidentiel (urbain ou rural) à titre de déterminants sociaux importants du surplus de poids²¹. Davantage d'hommes que de femmes recensés au sein de notre étude présentaient un surplus de poids, ce qui est également en lien avec la littérature canadienne sur le sujet^{11,13}.

Les études portant sur les minorités linguistiques du Canada et de l'Ontario laissent entrevoir une relation étroite entre le fait minoritaire et la réalité sociodémographique de ces communautés vivant dans les milieux plus isolés et dans des conditions moins favorables au développement socioéconomique. Cette tendance est également observée au sein de pays comparables au Canada où l'on retrouve des minorités linguistiques, tels que les hispanophones des États-Unis et les locuteurs du Gallois au Pays de Galles. Dans le cas de notre étude, les caractéristiques de l'échantillon de la population francophone vieillissante, moins éduquée et vivant en milieu rural rend cette population vulnérable à présenter un surplus de poids, et par conséquent à des problèmes de santé et une morbidité accrue.

Bien que l'IMC soit couramment utilisé à titre d'indicateur de l'excès de la masse adipeuse, cet indice présente certaines limites qui méritent d'être soulignées⁶. L'IMC n'est pas un indicateur approprié pour les personnes de très grande ou petite taille ainsi que celles qui sont très maigres ou musclées²². L'IMC ne prend pas en compte la distribution régionale du gras corporel, une variable importante à considérer puisqu'un excès de tissu adipeux au niveau abdominal est associé à des risques pour la santé plus importants qu'un excès de réserves adipeuses localisées au niveau glutéofémoral²³. Pour ces raisons, l'IMC ne devrait pas nécessairement être utilisé au niveau individuel, bien qu'il demeure un indicateur valide au niveau des enquêtes populationnelles^{11,24,25}. Des études de nature méthodologique ont aussi fait ressortir que les Canadiens ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids, notamment dans le cadre de réponses à l'ESCC. La prévalence du surplus de poids calculée à partir de données rapportées sous-estime généralement l'ampleur du problème^{24,25}.

Pour des raisons d'ordre statistique (en raison de la taille limitée de l'échantillon francophone), nous avons combiné les catégories embonpoint et obésité dans notre analyse. Nous sommes toutefois conscients que les effets métaboliques et par conséquent, l'impact sur la mortalité, peuvent différer entre l'embonpoint et l'obésité²⁶⁻²⁸. Il aurait donc été souhaitable de considérer les deux catégories de surpoids séparément et d'élucider leurs associations avec les variables utilisées dans cette étude. Pour ce faire, une plus grande représentation des francophones au sein de l'ESCC est de mise.

Notre étude renforce le rôle des déterminants sociaux et comportementaux dans la prévalence du surplus de poids. La réalité sociale de la population francophone de l'Ontario, surtout en ce qui concerne la structure d'âge, le niveau d'éducation et la ruralité, la rend vulnérable au surplus de poids en comparaison aux anglophones de la province. De là l'importance de prendre en compte la variable linguistique dans la planification des politiques et des services de santé, et de l'adoption d'une approche linguistiquement et culturellement adaptée au sein des efforts de promotion de la santé de la population ontarienne.

RÉFÉRENCES

1. Health Canada. Canadian guidelines for body weight classification in adults. Office of Nutrition Policy and Promotion. Ottawa, ON: Health Canada, 2003.
2. Tremblay M, Katzmarzyk P, Willms J. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obesity* 2002;26:538-43.
3. Flegal K. The obesity epidemic in children and adults: Current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc* 1999;31(Suppl 11):S509-S514.
4. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series no. 894. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.
5. Katzmarzyk P. The Canadian obesity epidemic, 1985-1998. *CMAJ* 2002;166(8):1039-40.
6. Health Canada. Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults. Ottawa: Health Canada, Catalogue H49-179, 2003.
7. Canadian Institutes for Health Information. Improving the Health of Canadians. Ottawa: CIHI, 2004.
8. Gilmore J. Body mass index and health. *Health Reports* 1999;11(1):31-43.
9. Visscher TL, Rissanen A, Seidell JC, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: An empirical approach. *Arch Intern Med* 2004;164(13):1413-20.
10. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, Walker S, Miller S, Sagar A, Lock J. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12:38-46.
11. Tjepkema M. Adult obesity. *Health Reports* 2006;17(3):9-25.
12. Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario. Institut franco-ontarien de l'Université Laurentienne, en collaboration avec le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, 2005;159.
13. Huot I, Paradis G, Ledoux M. Factors associated with overweight and obesity in Quebec adults. *Int J Obesity* 2004;28:766-74.
14. Bouchard L, Gaboury I, Chomienne MH, Gagnon-Arpin I. Profil santé des communautés francophones minoritaires au Canada. Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada (RISF), 2009.
15. Picard L. Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario, Sudbury, Division du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), 2000.
16. Bouchard L, Batal M, Imbeault P, Gagnon-Arpin I, Makvandi E, Sedigh G. La santé des francophones de l'Ontario: un portrait régional tiré des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Rapport préparé pour le Bureau des services de santé en français, Ministère de la santé et des soins de longue durée, 2012.
17. Ball K, Mishra GD, Crawford D. Social factors and obesity: An investigation of the role of health behaviours. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;27(3):394-403.
18. Thomas S, Wannell B. Combining cycles of the Canadian Community Health Survey. *Health Reports* 2009;20(1):1-13.
19. Bouchard L, Gaboury I, Chomienne MH, Gilbert A, Dubois L. La santé en situation linguistique minoritaire. *Politiques de Santé* 2009;4(4):36-42.
20. Shields M, Tremblay MS, Laviolette M, Craig CL, Janssen I, Connor Gorber S. Fitness of Canadian adults: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports* 2010;21(1):1-15.
21. Vanasse A, Demers M, Hemiri A, Courteau J. Obesity in Canada: Where and how many? *Int J Obes* 2005;30(4):677-83.
22. Despres J, Lemieux I. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature* 2006;444(7121):881-87.
23. Connor Gorber S, Gorber M, Tremblay D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: A systematic review. *Obesity Rev* 2007;8(4):307-26.
24. Shields M, Connor Gorber S, Tremblay MS. Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes. *Rapports sur la santé* 2008;19(2):69-85.
25. John U, Hanke M, Grothues J, Thyrian JR. Validity of overweight and obesity in a nation based on self-report versus measurement device data. *Eur J Clin Nutr* 2006;60(3):372-77.
26. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2007;298(17):2028-37.
27. Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel W. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham Experience. *Arch Intern Med* 2002;162(16):1867-72.
28. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005;293(15):1861-67.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Recent studies show a higher prevalence of being obese or overweight in Francophones living in minority settings compared to Canada's Anglophone majority. The objective of our study was to determine whether belonging to the linguistic minority constituted a social determinant of having a weight problem.

METHODS: Descriptive variables (n=128,986) from five cycles of the Canadian Community Health Survey were stratified by respondents' language and sex. Two logistic regression models tested the association between being overweight/obese (as defined by the measure of body mass index) and language, for men and women, while adjusting for social and behavioural determinants.

RESULTS: Prevalence of excess weight was higher among Francophones compared to Anglophones of Ontario, although the difference was not significant after adjustment for socio-economic and behavioural determinants. However, Francophones were older, less educated and more likely to live in rural areas than their Anglophone counterparts, a situation which makes them more vulnerable.

CONCLUSION: The study confirms the role of social and behavioural determinants of being obese/overweight. Although language does not have a direct influence on having a weight problem, the socio-economic reality of the Francophone minority makes them more likely than the Anglophone majority to fall in vulnerable strata of the population with regards to being overweight/obese. This situation should be considered when planning health services.

KEY WORDS: Minority health; language; obesity; overweight; body mass index; socioeconomic factors