

Évolution de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse chez les adultes au Québec, 2015 à 2021

SURVEILLANCE DES HABITUDES DE VIE – NUMÉRO 11

SURVEILLANCE ET VIGIE

MARS 2025

SOMMAIRE

Messages clés	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Résultats	7
Discussion	16
Conclusion	23
Références	24

Cette étude offre un aperçu de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) totale des adultes québécois sur la période 2015 à 2021 afin d'obtenir un portrait de l'évolution de la pratique d'activité physique dans le temps, notamment au début de la période de pandémie de la COVID-19.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Ce portrait de surveillance porte sur la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) totale des adultes québécois sur la période 2015 à 2021. Il brosse un portrait du niveau d'activité en 2021 et analyse son évolution depuis 2015.

Il a été élaboré à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le cadre du volet surveillance des habitudes de vie, maladies chroniques et comportements de l'entente spécifique portant sur la surveillance continue de l'état de santé de la population. Ce document s'adresse au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux Directions de santé publique du Québec et à leurs partenaires.

MESSAGES CLÉS

L'activité physique est un facteur déterminant majeur de la santé et du bien-être des individus et la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse est particulièrement bénéfique, car elle contribue à la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, et de certains types de cancers.

- En 2021, un peu plus de la moitié des adultes québécois a pratiqué suffisamment d'activités physiques par semaine pour atteindre les recommandations canadiennes, soit au moins 150 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse.
- Ces proportions étaient moins élevées dans certains sous-groupes tels que les femmes, les adultes de plus de 45 ans, ceux moins scolarisés, les personnes considérées comme étant obèses et les fumeurs réguliers.
- De 2015 à 2021, la proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé a diminué de 4 % et la proportion de gens peu actifs a augmenté de 5 %.
- Certains sous-groupes semblent avoir été particulièrement touchés par la diminution de la pratique d'activités physiques durant cette période. C'est le cas des hommes, des jeunes adultes, des personnes ayant un indice de masse corporelle plus élevé, de ceux plus scolarisés ainsi que des gens plus défavorisés matériellement.
- Ces observations soulignent l'importance d'adopter une approche holistique de la santé, qui intègre l'ensemble des saines habitudes de vie afin de mieux soutenir ces groupes.
- En plus de la diminution lors de la pandémie, une tendance à la baisse était déjà amorcée pour les années précédant la pandémie.
- Bien qu'il n'y ait pas de raison unique et définitive, une combinaison de facteurs sociaux, psychologiques et comportementaux a probablement joué un rôle dans cette diminution. De plus, l'augmentation du temps d'écran est un phénomène de plus en plus préoccupant, surtout en raison de ses impacts négatifs sur l'activité physique chez les adultes.
- Pour améliorer les mesures existantes, il est important de renforcer notre surveillance de l'activité physique afin de soutenir les mesures mises en place pour réduire le nombre de personnes inactives et peu actives. Une surveillance plus approfondie de certains déterminants tels que les inégalités sociales pourrait être ciblée afin de soutenir les actions en promotion de la santé.

1 INTRODUCTION

L'activité physique est un facteur déterminant majeur de la santé et du bien-être des individus. De nombreuses études ont démontré les bénéfices d'une activité physique régulière, notamment en matière de prévention des maladies chroniques, d'amélioration de la santé mentale et de la qualité de vie globale [1–4]. Elle procure des avantages immédiats comme l'augmentation de l'énergie et la réduction du stress, et des bénéfices à court terme comme le renforcement musculaire, une meilleure qualité de sommeil et une amélioration de l'humeur et de la fonction cognitive [1–3, 5, 6]. Plus spécifiquement, la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) est particulièrement bénéfique, car elle contribue de manière significative à la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, et de certains types de cancers [7]. L'APMV est celle qui fait transpirer et accélère le rythme cardiaque, comme la marche rapide, la natation ou le vélo.

Pour maximiser la santé, selon les recommandations internationales émises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les adultes de 18 ans et plus devraient pratiquer des activités aérobies d'intensité moyenne au moins 150 minutes chaque semaine, ou des activités aérobies d'intensité vigoureuse au moins 75 minutes chaque semaine ou une combinaison équivalente d'activités des deux niveaux d'intensité (recommandation de base) [8]. Les activités physiques d'intensité modérée incluent des activités telles que la marche rapide, le jardinage, ou le vélo tandis que les activités d'intensité vigoureuse comprennent la course à pied, la natation rapide, ou le ski de fond. Les recommandations canadiennes sont un peu différentes des recommandations internationales. Les Directives canadiennes sur le mouvement 24 heures recommandent que les

adultes de plus de 18 ans pratiquent au moins 150 minutes d'activité modérée à vigoureuse par semaine [9], mais aucune distinction n'est faite entre les deux intensités.

Le niveau de pratique d'activités physiques chez les adultes est influencé par divers facteurs, incluant les politiques de santé publique, les infrastructures disponibles, les changements dans les modes de vie. À ceux-ci s'ajoutent des facteurs individuels tels que l'âge, la condition physique, l'environnement social, le sentiment de compétence, d'appartenance et les problèmes de santé spécifiques.

Au Québec, comme ailleurs, des efforts ont été déployés pour encourager une vie plus active à travers des campagnes de sensibilisation, la promotion et le développement d'environnements favorables à l'activité physique [10]. On y retrouve des initiatives soutenues par le gouvernement du Québec telles que la Journée nationale du sport et de l'activité physique et TOUGO (anciennement Défi santé). Ces efforts s'inscrivent dans le cadre de stratégies gouvernementales plus larges, comme le Plan d'action interministériel 2017-2021 (PAI-1), qui visait à promouvoir un mode de vie physiquement actif en encourageant l'accessibilité aux activités sportives et récréatives [10].

Cependant, de 2015 à 2021, plusieurs événements et tendances pourraient avoir influencé les niveaux d'APMV des Québécois. Par exemple, des fluctuations de la pratique d'activité physique durant la pandémie de la COVID-19 ont été largement documentées. Les périodes de fermeture et de confinement ont pu limiter l'accès aux installations sportives et récréatives, réduisant ainsi les opportunités de pratiquer une activité physique pour certaines personnes [11–14]. En parallèle, la montée de

l'intérêt pour les exercices à domicile et les applications de mise en forme ainsi que la hausse de l'achalandage des parcs nationaux et espaces verts pourraient avoir compensé ces restrictions pour certains individus [15, 16].

De plus, le temps d'écran lié aux loisirs a également évolué pendant cette période, ce qui pourrait avoir un impact sur les niveaux d'APMV des adultes. Des études suggèrent une corrélation entre l'augmentation du temps d'écran et la diminution de la pratique d'activités physiques, ce qui souligne l'importance de considérer cette variable dans l'évaluation des comportements de santé [17].

L'analyse des tendances en matière d'APMV au cours de cette période est donc essentielle pour comprendre les dynamiques en jeu et identifier les segments de la population adulte qui pourraient nécessiter une attention particulière. Des données précises et fiables sont nécessaires pour une telle analyse, et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada constitue une source précieuse pour y répondre. Cette enquête, réalisée annuellement, fournit des informations détaillées sur les comportements de santé des Canadiens, y compris leurs niveaux d'APMV totale.

Ainsi, cette étude a pour objectif :

- De dresser un portrait du niveau d'APMV totale chez les adultes âgés de 18 ans et plus au Québec en 2021;
- D'analyser l'évolution du niveau d'APMV totale chez les adultes âgés de 18 ans et plus, au Québec, de 2015 à 2021, et ce, afin d'obtenir un portrait de l'impact potentiel de la première année de la pandémie sur l'activité physique des adultes, parmi d'autres facteurs.

En utilisant ces résultats, nous explorerons les tendances, identifierons les variations significatives et discuterons des implications pour les politiques de santé publique et les interventions futures.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Sources de données

Les données utilisées proviennent de l'ESCC, un programme d'enquêtes de Statistique Canada visant à recueillir de l'information générale sur la santé de la population canadienne et ses déterminants. Quatre cycles d'enquêtes ont été utilisés dans la présente étude. Depuis 2015, des informations sur la pratique d'activités physiques de transport, de loisirs, domestiques et de travail sont recueillies pour l'ensemble de la population visée par l'ESCC. Chez les adultes, des informations sur la pratique d'autres activités physiques réalisées en faisant du bénévolat sont également recueillies. Les cycles utilisés de l'ESCC sont 2015-2016, 2017-2018, l'année 2020 du cycle 2019-2020 et l'année 2021 du cycle 2021-2022. Les données de l'ESCC amassées avant 2015 et celles de 2022 sont exclues puisque des modifications majeures ont été apportées notamment au contenu des questions sur l'activité physique. Ces modifications rendent impossible la comparaison des données des cycles antérieurs ainsi que de l'année 2022 et les suivantes. Elles n'ont donc pas été prises en considération.

L'accès aux fichiers maîtres de l'ESCC a été possible grâce au service de téléaccès de Statistique Canada. Les données de 2019 n'ont pas été utilisées, car le module sur l'activité physique était facultatif et ne permettait donc pas de produire des estimations représentatives au niveau national.

La pandémie de la COVID-19 a entraîné des répercussions majeures sur les opérations de collecte de données pour l'ESCC de 2020. La collecte a été interrompue à la mi-mars, vers la fin de la première période de collecte, et n'a repris qu'en septembre. Les deuxième, troisième et quatrième échantillons trimestriels ont été collectés au cours de périodes de collecte très courtes d'environ cinq semaines chacune, de septembre à décembre. L'impossibilité de mener des entretiens en personne, des périodes de collecte plus courtes et des problèmes de capacité de collecte ont entraîné une baisse significative des taux de réponse.

2.2 Population

La population visée inclut les adultes âgés de 18 ans et plus vivant dans un ménage privé au Québec. La décision de limiter ce feuillet à la population de 18 ans et plus s'appuie sur plusieurs considérations méthodologiques et contextuelles propres aux différences entre les adultes et les adolescents, notamment en ce qui concerne les habitudes d'activité physique. Les membres à temps plein des forces armées canadiennes et les adultes vivant dans des institutions, des communautés ou autres territoires autochtones ou dans les régions sociosanitaires du Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas inclus dans ces enquêtes. Les données sur la population visée de quatre autres régions canadiennes ont également été utilisées à des fins de comparaison avec le Québec : l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard), l'Ontario, les Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) et la Colombie-Britannique.

2.3 Mesure du niveau d'activité physique

Le niveau d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) totale considère l'ensemble des activités physiques de loisir, de transport et celles réalisées dans d'autres activités de la vie quotidienne (travail, travaux domestiques, bénévolat) faites par un individu au cours de la semaine précédant l'enquête qui l'ont fait transpirer ou respirer rapidement. Les indicateurs évaluent si, au cours des 7 derniers jours, une personne a pratiqué des activités physiques (sport, loisirs, transport actif, travail ou bénévolat) d'au moins 10 minutes consécutives, l'ayant fait transpirer ou respirer plus fort, et la durée totale consacrée à ces activités. Le questionnaire ne permet pas de distinguer les activités physiques d'intensité modérée et vigoureuse, le niveau d'APMV totale a donc été déterminé en tenant compte du nombre de minutes de pratique seulement. Il a alors été considéré que les adultes suivaient la recommandation canadienne en matière d'activité physique si la somme hebdomadaire de leur APMV (comprenant tous les domaines d'activité physique) était égale ou supérieure à 150 minutes [9, 17]. Ainsi, il n'est pas possible d'effectuer un parallèle avec les recommandations l'OMS qui proposent de pratiquer au moins 150 minutes d'activité modérée ou 75 minutes d'activité vigoureuse par semaine [8]. Pour le niveau peu actif, il s'agit des répondants qui n'atteignaient pas la recommandation canadienne de base ou qui avaient seulement rapporté avoir pratiqué des activités d'intensité inférieure à moyenne. Pour le niveau inactif, il s'agit des répondants n'ayant pratiqué aucune APMV dans les 7 jours précédant l'entrevue.

Pour ce niveau d'activité, il est recommandé d'utiliser le terme « inactivité », au lieu de « sédentaire » qui était utilisé dans les rapports précédents, lorsque l'on considère un niveau insuffisant d'activité physique [18]. Le comportement sédentaire correspond, quant à lui, à toute situation d'éveil, en position assise, inclinée ou allongée, caractérisée par une dépense énergétique supérieure à celle au repos. Le Réseau de Recherche sur le Comportement Sédentaire [19] et l'OMS [8] distinguent d'ailleurs de façon très claire ces deux concepts. Le comportement sédentaire n'est ainsi pas un synonyme de l'inactivité physique, mais les deux devraient être ciblés simultanément dans les stratégies de santé publique. Ces deux concepts distincts peuvent cohabiter chez un même individu.

Il est important de mentionner que récemment, le Canada, les États-Unis et l'OMS ont publié une mise à jour des recommandations sur l'activité physique, qui maintiennent la recommandation préconisant une durée supérieure ou égale à 150 minutes par semaine d'APMV, mais éliminent l'exigence relative aux séances de 10 minutes. Cela est compatible avec le message disant que toute quantité d'APMV compte [4]. Cependant, cette modification n'a pas été intégrée dans les questionnaires de la période analysée par Statistique Canada dans la présente étude.

Les entrevues ont été réalisées sur l'ensemble de l'année à l'aide d'un questionnaire administré avec un logiciel d'interview sur place et d'interview téléphonique assisté par ordinateur.

2.4 Analyses statistiques

Pour tous les cycles utilisés, les poids de sondage ont été ajustés pour minimiser tout biais dû à la non-réponse. Des validations approfondies des estimations tirées de l'enquête ont également été effectuées et

examinées selon une perspective d'analyse du biais. Malgré ces ajustements et validations rigoureux, le taux élevé de non-réponse en 2020 augmente le risque de biais résiduel et l'ampleur avec laquelle un tel biais pourrait affecter les estimations produites à l'aide des données de l'enquête. Par conséquent, il est conseillé d'interpréter les résultats issus de l'ESCC de 2020 avec prudence.

Pour chaque cycle d'enquête, les proportions d'adultes selon trois niveaux ont été calculées : ceux atteignant le niveau recommandé d'APMV, ceux peu actifs et ceux inactifs en pondérant les données afin de rendre l'échantillon représentatif de la population québécoise des 18 ans et plus. L'estimation de proportions brutes a été privilégiée afin de refléter la répartition réelle du niveau d'activité physique observée dans la population pour les années à l'étude. Les proportions ont été calculées pour l'ensemble de la population à l'étude ainsi que selon certains sous-groupes définis par le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le quintile de défavorisation matérielle [20], l'indice de masse corporelle (IMC) et le statut de fumeur de cigarettes. Les proportions ont aussi été calculées pour les régions de l'Atlantique, de l'Ontario, des Prairies et de la Colombie-Britannique. La variance des estimations a été calculée à l'aide de la méthode de rééchantillonnage « *bootstrap* » permettant de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe.

Des tests du khi-deux ont été réalisés pour vérifier si, en 2021, les proportions varient globalement d'un sous-groupe à l'autre. Lorsqu'une association significative était détectée, les paires de sous-groupes pour lesquels les proportions diffèrent ont été identifiées en réalisant des tests *logit-Wald* [21]. Une comparaison entre les régions canadiennes a aussi été réalisée, mais en tenant compte des différences dans les distributions d'âge. Pour ce

faire, des régressions logistiques ont été réalisées en incluant l'atteinte des différents niveaux d'APMV comme variables dépendantes, la région comme variable indépendante et l'âge comme variable d'ajustement (18-24, 25-44, 45-64, 65 ans et plus). L'évolution temporelle dans l'atteinte des différents niveaux a aussi été examinée en comparant les proportions ajustées (standardisation directe) estimées en 2015-2016, 2017-2018, 2020 et 2021. Pour ce faire, les proportions ont été ajustées selon la structure d'âge (18-24, 25-44, 45-64, 65 ans et plus) des adultes québécois au recensement de 2011 et des tests *logit-Wald* ont été réalisés.

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide de SAS en utilisant un seuil de signification de 5 %. Les estimations présentées respectent les règles de diffusion de Statistique Canada. Les estimations dont le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 % doivent être interprétées avec prudence et les estimations dont le coefficient de variation est supérieur à 33,3 % ne sont pas présentées en raison d'une variabilité trop élevée.

3 RÉSULTATS

3.1 Portrait de la pratique en 2021

La figure 1 présente la proportion (%) d'adultes atteignant différents niveaux d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) pour la population de 18 ans et plus, selon la région canadienne en 2021. Au Québec, environ la moitié (54 %) des adultes atteignaient le niveau recommandé d'APMV. Les résultats indiquent que la Colombie-Britannique affiche la plus haute proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé d'activité physique, avec 64 %, ce qui est statistiquement différent de la proportion observée au Québec. La Colombie-Britannique se distingue encore une fois avec une proportion significativement plus faible de

personnes peu actives (28 %) par rapport au Québec (36 %). Les régions de l'Atlantique et de l'Ontario présentent des proportions d'adultes inactifs significativement plus élevées par rapport au Québec. Enfin, les résultats au Québec sont semblables à ceux observés au Canada, en excluant les territoires.

Le tableau 1 présente les proportions d'adultes atteignant les différents niveaux de pratique d'activités physiques selon certaines caractéristiques.

3.1.1 Sexe

En 2021, la proportion d'hommes qui atteignent le niveau recommandé d'APMV est significativement plus élevée que celle des femmes (57 % c. 51 %) et la proportion d'hommes classée peu actif est significativement plus faible (34 % c. 39 %). Les proportions d'adultes inactifs sont les mêmes, avec 10 %.

3.1.2 Groupes d'âge

La proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé varie significativement selon les groupes d'âge. Les jeunes adultes de 18 à 24 ans affichent la plus haute proportion avec 66 %, suivis des 25 à 44 ans (60 %). La proportion de gens peu actifs et inactifs augmente significativement avec l'âge, les adultes de 65 ans et plus étant les plus susceptibles d'être peu actifs (46 %) et inactifs (17 %).

3.1.3 Niveau de scolarité

Les adultes ayant complété un niveau de scolarité postsecondaire montrent une plus grande proportion à atteindre le niveau recommandé (57 %) par rapport à ceux ayant complété seulement le secondaire (45 %) ou n'ayant pas complété le secondaire (31 %). La proportion d'adultes inactifs est plus élevée chez ceux n'ayant pas complété le secondaire (24 %) et plus basse chez ceux ayant complété les études postsecondaires (8 %).

3.1.4 Indice de masse corporelle (IMC)

La proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé d'APMV est la plus élevée chez ceux ayant un IMC considéré comme insuffisant (61 %), suivis de ceux ayant un IMC catégorisé comme normal (59 %). Ces deux résultats sont significativement plus élevés que ceux des personnes ayant un IMC dans la catégorie d'obésité (44 %). La proportion de gens dans la catégorie *inactif* est significativement plus élevée chez ceux considérés comme étant obèses (15 %) que chez ceux ayant un poids normal (7 %) et ceux considérés comme ayant de l'embonpoint (8 %).

3.1.5 Temps d'écran combiné

La pratique d'activités physiques diminue avec l'augmentation du temps d'écran. Parmi les adultes, 63 % de ceux qui passent deux heures ou moins par jour devant un écran atteignent le niveau recommandé d'activité physique, comparativement à 60 % de ceux dont le temps d'écran est compris entre plus de deux heures et moins de six heures. De plus, seulement 56 % de ceux qui y consacrent six heures ou plus par jour respectent le niveau recommandé. La proportion d'adultes inactifs est significativement plus élevée chez ceux ayant un temps d'écran de 6 heures et plus par jour

(15 %) que les groupes ayant un temps d'écran plus faible (6 % et 8 %).

3.1.6 Statut de fumeur

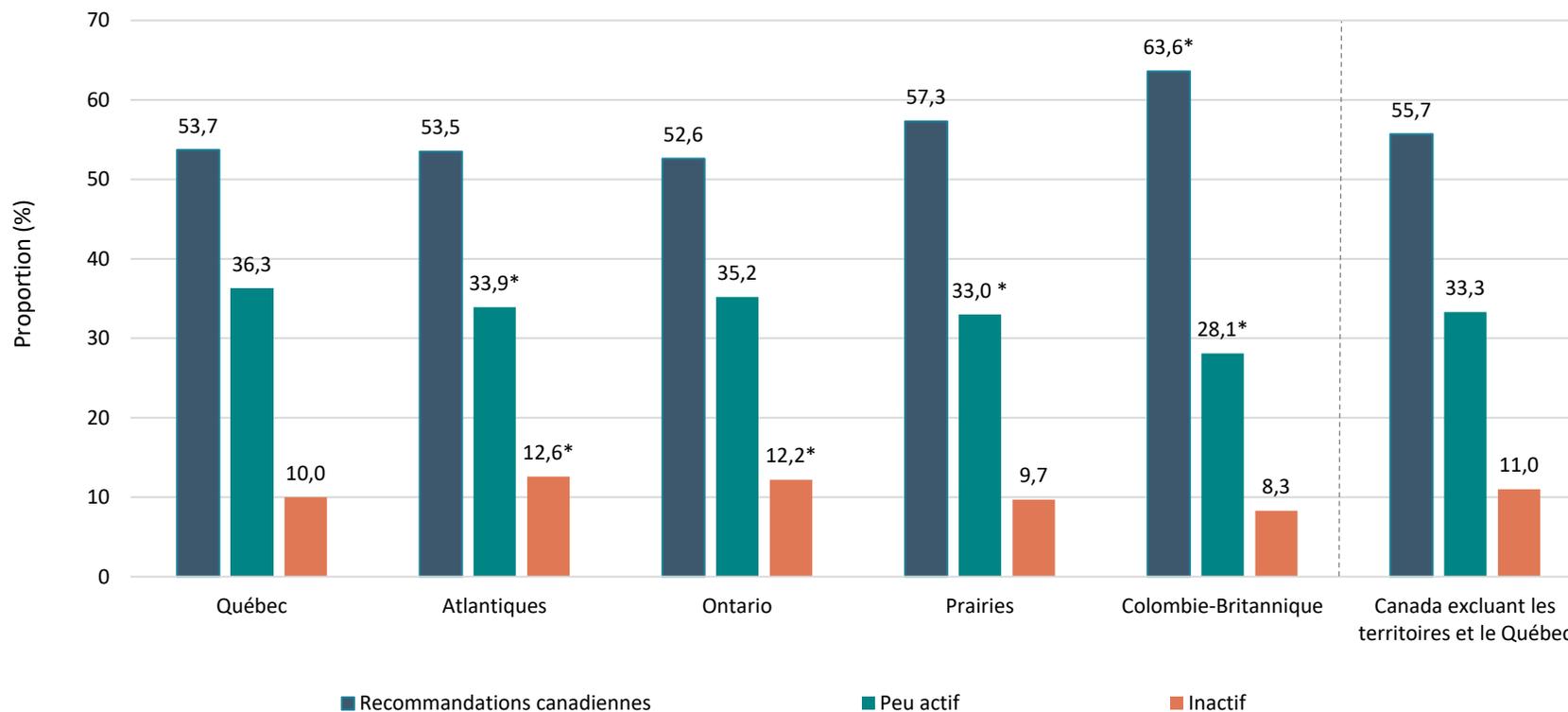
Les adultes non-fumeurs sont plus susceptibles d'atteindre le niveau recommandé d'APMV (55 %) comparativement aux fumeurs réguliers (46 %). Les fumeurs réguliers affichent également une proportion plus élevée d'inactifs (15 %) par rapport aux non-fumeurs (9 %).

3.1.7 Défavorisation matérielle

La proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé diminue de manière progressive à travers chaque quintile de la défavorisation matérielle. Ceux du quintile le plus favorisé affichent une proportion de 59 %, alors que ceux du quintile le plus défavorisé ont une proportion de 48 %. Les proportions d'adultes inactifs augmentent également avec la défavorisation, passant de 6 % dans le quintile le plus favorisé à 14 % dans le quintile le plus défavorisé.

Ces résultats montrent des disparités significatives dans la pratique d'activités physiques au Québec en 2021, selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, l'IMC, le temps d'écran, le statut de fumeur et la défavorisation matérielle.

Figure 1 Proportion¹ (%) d'adultes atteignant différents niveaux de pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse totale, population de 18 ans et plus selon la région canadienne, 2021



¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont toutefois été réalisés sur les proportions standardisées selon l'âge de la population des adultes québécois au recensement de 2011.

* La proportion estimée dans cette région du Canada est statistiquement différente de celle du Québec, au seuil de 5 %.

Base de données : Statistique Canada, fichier maître de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2021.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2024.

Tableau 1 Proportion¹ (%) d'adultes atteignant différents niveaux de pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse totale, population de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2021

Caractéristique	Sous-groupe	Niveau recommandé	Peu actif	Inactif
Sexe	Homme	56,7 ^a	33,7 ^a	9,6
	Femme	50,7 ^a	38,8 ^a	10,4
Groupe d'âge	18-24 ans	65,6 ^{a, b}	29,0 ^a	5,4 ^a
	25-44 ans	59,5 ^c	32,7 ^b	7,8 ^b
	45-64 ans	56,2 ^{a, d}	35,0 ^c	8,8 ^c
	65 ans et plus	37,8 ^{b, c, d}	45,7 ^{a, b, c}	16,5 ^{a, b, c}
Niveau de scolarité	Secondaire non complété	31,1 ^{a, b}	44,6 ^a	24,3 ^{a, b}
	Secondaire complété	44,8 ^{a, c}	41,1 ^b	14,1 ^{a, c}
	Postsecondaire complété	57,3 ^{b, c}	34,9 ^{a, b}	7,9 ^{b, c}
Indice de masse corporelle (kg/m²)	Poids insuffisant (< 18,5)	60,9 ^a	28,6	10,5
	Poids normal (18,5 à 24,9)	58,9 ^b	34,1 ^a	7,1 ^a
	Embonpoint (25,0 à 29,9)	56,5 ^c	35,1 ^b	8,3 ^b
	Obésité (≥ 30,0)	43,6 ^{a, b, c}	41,3 ^{a, b}	15,1 ^{a, b}
Temps d'écran combiné (par jour)²	≤ 2 heures par jour	62,8	31,7	5,5 ^a
	> 2 heures et < 6 heures	60,4	31,8	7,8 ^b
	≥ 6 heures	55,9	28,8	15,3 ^{a, b}
Statut de fumeur	Non-fumeur	54,8 ^a	36,0	9,2 ^a
	Fumeur occasionnel	52,6	37,9	9,5
	Fumeur régulier	46,4 ^a	38,2	15,4 ^a
Défavorisation matérielle	Quintile 1 (très favorisé)	58,7 ^{a, b}	35,8 ^{a, b, c}	5,5 ^{a, b, c}
	Quintile 2	57,1 ^{c, d}	35,3 ^{d, e, f}	7,5 ^{d, e, f}
	Quintile 3	54,9 ^e	34,3 ^{a, d}	10,8 ^{a, d}
	Quintile 4	49,5 ^{a, c}	38,1 ^{b, e}	12,4 ^{b, e}
	Quintile 5 (très défavorisé)	48,0 ^{b, d, e}	37,9 ^{c, f}	14,1 ^{c, f}

¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.

² Moyenne pondérée du nombre d'heures passé devant un écran les jours de travail/école et ceux sans travail/école.

a, b, c, d, e, f : Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes (colonne) d'une même caractéristique, au seuil de 5 %.

Bases de données : Statistique Canada, fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 2021.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2024.

3.2 Évolution de la pratique d'activités physiques de 2015-2016 à 2021

Au Québec, la proportion d'adultes atteignant le niveau d'APMV recommandé a diminué significativement de 2015-2016 à 2020, passant de 58 % à 53 % et comparativement à 2015-2016, est restée significativement différente en 2021 (54 %) (figure 2). De plus, on observe une augmentation de la proportion de gens peu actifs de 2015-2016 à 2020 (33 % à 36 %) qui est restée stable en 2021 (36 %). Quant à la proportion de gens inactifs, elle est restée stable autour de 10 % de 2015-2016 à 2021. Bien que cette diminution ait été observée dès 2017-2018, elle n'était pas statistiquement significative lors de cette période (figure 1).

3.2.1 Proportion d'adultes atteignant les recommandations d'APMV

Sur l'ensemble de la période de l'étude, la proportion atteignant le niveau recommandé a diminué dans tous les sous-groupes (tableau 2) de 2015-2016 à 2020. Les résultats montrent une diminution significative de la proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé d'activités physiques chez les hommes (62 % c. 56 %) et chez les femmes (54 % c. 49 %) de 2015-2016 à 2020. Cette diminution est restée significative de 2015-2016 à 2021 uniquement chez les hommes (57 %). Une diminution est aussi observée chez les adultes âgés de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans de 2015-2016 à 2021. Une diminution de la proportion d'adultes atteignant le niveau recommandé d'APMV est également remarquée chez ceux ayant complété un niveau postsecondaire, passant de 62 % en 2015-2016 à 57 % en 2021. Chez les personnes présentant un IMC correspondant à une obésité ($\geq 30,0$ kg/m²), la proportion a diminué de manière significative, passant de

53 % en 2015-2016 à 44 % en 2021. Une baisse de la proportion de non-fumeurs est observée de 2015-2016 à 2021 (58 % c. 55 %) dans ce même groupe et le même phénomène est observé chez les fumeurs occasionnels (66 % c. 53 %). En ce qui concerne le niveau de défavorisation matérielle, une diminution significative est observée uniquement dans le quintile 4 (défavorisé) de 2015-2016 à 2021 (57 % c. 50 %).

3.2.2 Proportion d'adultes peu actifs

L'analyse de l'évolution de la proportion d'adultes peu actifs au Québec (tableau 3) met en lumière des observations significatives, révélant une augmentation de la proportion d'hommes peu actifs, passant de 29 % en 2015-2016 à 34 % en 2021, tandis que les femmes maintenaient des taux relativement stables. L'analyse par groupe d'âge révèle que les jeunes adultes de 18-24 ans affichaient une augmentation passant de 20 % à 29 % de 2015-2016 à 2021 tout comme la tranche d'âge des 25-44 ans qui a passé de 28 % à 33 %. Le niveau de scolarité semble également jouer un rôle significatif, avec une augmentation de la proportion de gens peu actifs ayant terminé leurs études postsecondaires, passant de 30 % à 35 % en 2021. La proportion de personnes ayant un IMC ≥ 30 kg/m² affiche une augmentation significative, passant de 34 % à 41 % en 2021. Chez les non-fumeurs, les résultats montrent une augmentation de 2015-2016 à 2021 (33 % c. 36 %), alors que les fumeurs occasionnels affichent aussi des résultats à la hausse de 2015-2016 à 2021 (27 % c. 38 %).

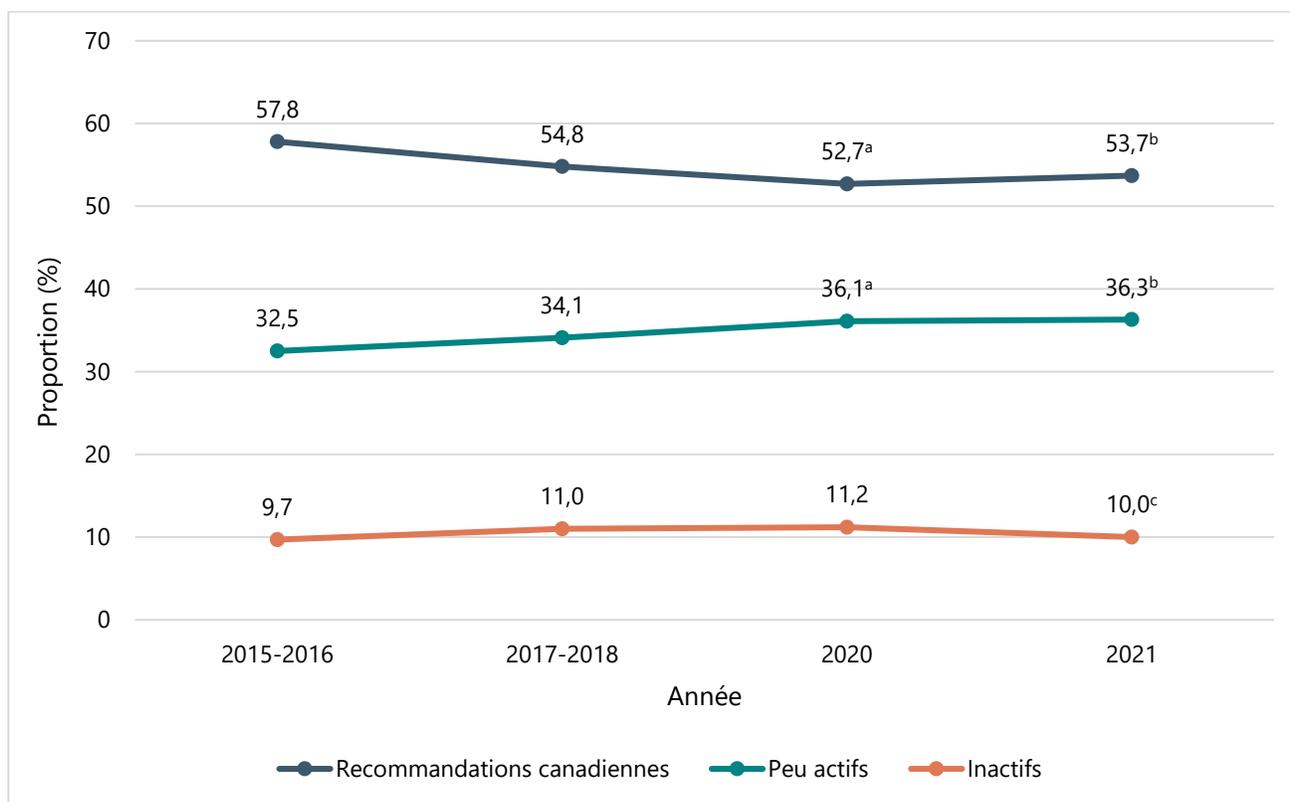
3.2.3 Proportion d'adultes inactifs

Lors de l'observation de l'évolution de la proportion d'adultes inactifs (tableau 4), une hausse est observée chez les adultes de 25-44 ans de 2015-2016 à 2020, avec une

proportion passant de 8 % à 10 %, avant de redescendre à 8 % en 2021. Les adultes de 18-24 ans ont, de leur côté, montré une tendance à la hausse, passant de 4 % à 6 % de 2015-2016 à 2020, puis diminuant légèrement à 5 % en 2021. Une augmentation significative du groupe n'ayant pas complété leur secondaire est notée passant de 22 % à 24 % de 2015-2016 à 2021. La proportion de personnes ayant un IMC ≥ 30 kg/m² étant inactif a augmenté significativement en 2020 (19 %), mais une tendance à la baisse est observée en 2021

(15 %). La proportion de personnes inactives qui se trouvaient en situation très favorisée (quintile 1) a diminué de 2015-2016 à 2021 (8 % c. 6 %) alors que l'on observe une augmentation au sein du quintile 5 (très défavorisée) pour la même période (11 % c. 14 %). La proportion d'adultes inactifs a légèrement diminué chez ceux ayant passé moins de 2 heures par jour devant un écran durant leur loisir. On observe une très faible diminution passant de 8 % à 7 % de 2017-2018 à 2021.

Figure 2 Proportion¹ (%) d'adultes atteignant différents niveaux lors de la pratique d'activités physiques totale, population de 18 ans et plus de 2015 à 2021



¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont toutefois été réalisés sur les proportions standardisées selon l'âge de la population des adultes québécois au recensement de 2011.

^a La proportion standardisée estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^b La proportion standardisée estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

^c La proportion standardisée estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

Bases de données : Statistique Canada, fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 2015-2016, 2017-2018, 2020 et 2021.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2024.

Tableau 2 Évolution de la proportion¹ (%) d'adultes atteignant le niveau recommandé lors de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse totale, population de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2015-2016 à 2021

Caractéristique		2015-2016	2017-2018	2020	2021
Sexe	Homme	62,0	60,3	56,3 ^a	56,7 ^b
	Femme	53,6	49,5	49,1 ^a	51,3
Groupe d'âge	18-24 ans	75,3	69,1	71,0	65,6 ^b
	25-44 ans	64,7	63,2	58,6 ^{a, c}	59,5 ^b
	45-64 ans	57,2	54,6	54,1	56,2
	65 ans et plus	39,2	36,4	35,8 ^a	37,8
Niveau de scolarité	Secondaire non complété	34,0	32,3	27,9	31,1
	Secondaire complété	49,5	47,4	42,1	44,8
	Postsecondaire complété	62,2	58,9	56,7 ^a	57,3 ^b
Indice de masse corporelle (kg/m²)	Poids insuffisant (< 18,5)	54,1	47,9	45,7	60,9 ^d
	Poids normal (18,5 à 24,9)	61,6	59,9	58,4	58,9
	Embonpoint (25,0 à 29,9)	58,8	56,1	55,9	56,5
	Obésité (≥ 30,0)	52,5	47,9	41,2 ^{a, c}	43,6 ^b
Temps d'écran combiné (par jour)²	≤ 2 heures par jour		59,6		59,3
	> 2 heures et < 6 heures		53,4		53,6
	≥ 6 heures		36,3		36,3
Statut de fumeur	Non-fumeur	58,2	54,9	53,8 ^a	54,8 ^b
	Fumeur occasionnel	65,5	65,3	57,3	52,6 ^{b, d}
	Fumeur régulier	52,9	50,4	43,0 ^a	46,4
Défavorisation matérielle	Quintile 1 (très favorisé)	62,8	62,7	60,0	58,7
	Quintile 2	60,8	56,8	57,3	57,1
	Quintile 3	56,9	53,8	49,0 ^a	54,9
	Quintile 4	57,0	51,6	47,1 ^a	49,5 ^b
	Quintile 5 (très défavorisé)	52,9	49,3	49,6	48,0

¹ Les proportions présentées sont brutes. Pour tous les sous-groupes à l'exception de ceux définis par l'âge, les tests statistiques ont été réalisés sur les proportions standardisées selon l'âge de la population des adultes québécois au recensement de 2011.

² Moyenne pondérée du nombre d'heures passé devant un écran les jours de travail/école et ceux sans travail/école.

^a La proportion estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^b La proportion estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

^c La proportion estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^d La proportion estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

Bases de données : Statistique Canada, fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 2015-2016, 2017-2018, 2020 et 2021.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2024.

Tableau 3 Évolution de la proportion¹ (%) d'adultes atteignant le niveau peu actif lors de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse totale, population de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2015-2016 à 2021

Caractéristique		2015-2016	2017-2018	2020	2021
Sexe	Homme	28,6	29,8	33,0 ^a	33,7 ^{b, d}
	Femme	36,3	38,4	39,2	38,8
Groupe d'âge	18-24 ans	20,4	25,9	23,0	29,0 ^b
	25-44 ans	28,0	28,4	31,2	32,7 ^{b, d}
	45-64 ans	33,5	34,8	36,2	35,0
	65 ans et plus	43,9	45,3	47,7 ^a	45,7
Niveau de scolarité	Secondaire non complété	43,8	45,4	50,0	44,6
	Secondaire complété	37,9	37,8	41,3	41,1
	Postsecondaire complété	30,2	32,2	33,9 ^a	34,9 ^b
Indice de masse corporelle (kg/m²)	Poids insuffisant (< 18,5)	36,6	40,7	44,8	28,6 ^d
	Poids normal (18,5 à 24,9)	31,1	31,7	33,4	34,1
	Embonpoint (25,0 à 29,9)	32,5	34,7	35,0	35,1
	Obésité (≥ 30,0)	33,9	36,0	40,1 ^a	41,3 ^b
Temps d'écran combiné (par jour)²	≤ 2 heures par jour		32,5		34,1
	> 2 heures et < 6 heures		35,2		37,2
	≥ 6 heures		37,3		38,6
Statut de fumeur	Non-fumeur	32,6	34,5	36,1 ^a	36,0 ^b
	Fumeur occasionnel	27,0	25,8	22,0	37,9 ^{b, d, e}
	Fumeur régulier	34,5	35,3	42,3 ^{a, c}	38,2
Défavorisation matérielle	Quintile 1 (très favorisé)	29,3	29,2	32,4	35,8 ^{b, d}
	Quintile 2	31,8	33,2	34,0	35,3
	Quintile 3	33,1	34,8	38,7 ^a	34,3
	Quintile 4	31,9	36,1	38,5	38,1 ^b
	Quintile 5 (très défavorisé)	35,8	37,2	37,8	37,9

¹ Les proportions présentées sont brutes. Pour tous les sous-groupes à l'exception de ceux définis par l'âge, les tests statistiques ont été réalisés sur les proportions standardisées selon l'âge de la population des adultes québécois au recensement de 2011.

² Moyenne pondérée du nombre d'heures passé devant un écran les jours de travail/école et ceux sans travail/école.

^a La proportion estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^b La proportion estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

^c La proportion estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^d La proportion estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

^e La proportion estimée en 2020 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

Bases de données : Statistique Canada, fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 2015-2016, 2017-2018, 2020 et 2021.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2024.

Tableau 4 Évolution de la proportion¹ (%) d'adultes classés dans le niveau inactif physiquement lors de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse totale, population de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2015-2016 à 2021

Caractéristique		2015-2016	2017-2018	2020	2021
Sexe	Homme	9,3	9,9	10,7	9,6
	Femme	10,1	12,1	11,7	10,4 ^d
Groupe d'âge	18-24 ans	4,2	5,1	6,0	5,4
	25-44 ans	7,4	8,3	10,2 ^a	7,8
	45-64 ans	9,2	10,5	9,7	8,8
	65 ans et plus	17,0	18,3	16,6	16,5
Niveau de scolarité	Secondaire non complété	22,2	22,2	22,1	24,3 ^b
	Secondaire complété	12,7	14,8	16,6	14,1
	Postsecondaire complété	7,7	9,0	9,5	7,9 ^d
Indice de masse corporelle (kg/m²)	Poids insuffisant (< 18,5)	9,2	11,4	9,4 ^E	10,5 ^E
	Poids normal (18,5 à 24,9)	7,3	8,4	8,2	7,1
	Embonpoint (25,0 à 29,9)	8,7	9,2	9,1	8,3
	Obésité (≥ 30,0)	13,6	16,0	18,7 ^a	15,1
Temps d'écran combiné (par jour)²	≤ 2 heures par jour		8,0		6,6 ^d
	> 2 heures et < 6 heures		11,4		9,2
	≥ 6 heures		26,5		25,1
Statut de fumeur	Non-fumeur	9,3	10,6	10,1	9,2 ^d
	Fumeur occasionnel	7,5	8,9	20,8 ^a	9,5
	Fumeur régulier	12,6	14,3	14,7	15,4
Défavorisation matérielle	Quintile 1 (très favorisé)	7,9	8,1	7,6	5,5 ^{b, d}
	Quintile 2	7,4	10,0	8,7	7,5 ^d
	Quintile 3	10,0	11,4	12,3	10,8
	Quintile 4	11,1	12,3	14,4	12,4
	Quintile 5 (très défavorisé)	11,3	13,5	12,6	14,1 ^b

¹ Les proportions présentées sont brutes. Pour tous les sous-groupes à l'exception de ceux définis par l'âge, les tests statistiques ont été réalisés sur les proportions standardisées selon l'âge de la population des adultes québécois au recensement de 2011.

² Moyenne pondérée du nombre d'heures passé devant un écran les jours de travail/école et ceux sans travail/école.

^a La proportion estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^b La proportion estimée en 2015-2016 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

^c La proportion estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2020, au seuil de 5 %.

^d La proportion estimée en 2017-2018 est statistiquement différente de celle de 2021, au seuil de 5 %.

^E Résultat à interpréter avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %)

Bases de données : Statistique Canada, fichiers maîtres de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 2015-2016, 2017-2018, 2020 et 2021.

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2024.

4 DISCUSSION

Cette étude a permis de tracer un portrait de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) totale des adultes québécois de 18 ans et plus en 2021 et d'examiner son évolution depuis 2015, soit sur la période pré-pandémique ainsi que durant la pandémie. En 2021, un peu plus d'un Québécois sur 2 (54 %) a rapporté une durée de pratique d'APMV suffisante pour atteindre les recommandations canadiennes. Cette proportion était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (57 % c. 51 %). Au Québec, de 2015 à 2021, cette proportion a diminué (58 % à 54 %) et la proportion de gens peu actifs a, quant à elle, augmenté (33 % à 36 %).

4.1 Portrait de la pratique d'activités physiques en 2021

4.1.1 Au Canada

Dans cette étude, nous avons cherché à évaluer les variations régionales des niveaux d'APMV des adultes au Canada. En analysant les données de l'année 2021, nous avons constaté une proportion statistiquement moins élevée d'adultes atteignant les niveaux recommandés d'APMV au Québec par rapport à la Colombie-Britannique. Au Canada, le Québec a connu des fermetures prolongées d'installations sportives et récréatives [22], ce qui a pu limiter certaines opportunités de pratiquer des activités physiques. Bien que d'autres provinces aient également été touchées par de telles mesures, leur durée et leur impact ont pu varier selon les régions [14, 23]. Cependant, il est important de mentionner qu'avant la pandémie, la Colombie-Britannique affichait déjà des proportions plus élevées de gens atteignant les recommandations [24]. Par ailleurs, un gradient ouest-est a été observé en 2021, indiquant que

la proportion de gens atteignant les recommandations d'APMV diminue progressivement à mesure que l'on se déplace de l'ouest vers l'est.

En 2021, les provinces de l'Atlantique (54 %), le Québec (54 %) ainsi que l'Ontario (53 %) avaient une proportion moins élevée de gens atteignant les recommandations que les Prairies (57 %) et la Colombie-Britannique (64 %). Cette différence pourrait s'expliquer, en partie, par l'effet positif d'une température plus clémente sur la pratique d'APMV, qui est un facteur bien documenté dans la littérature [25]. De plus, les villes de la Colombie-Britannique favorisent souvent les modes de vie actifs grâce à une planification urbaine qui inclut des réseaux étendus de parcs, de sentiers et de pistes cyclables. Par exemple, l'engagement de Vancouver à construire une infrastructure favorable aux piétons et aux cyclistes a été associé à des niveaux plus élevés d'activité physique parmi ses résidents [26, 27].

Notre étude révèle aussi une proportion statistiquement plus faible d'adultes inactifs au Québec (10 %) par rapport à l'Ontario (12 %) et au regroupement des provinces de l'Atlantique (13 %). Ces résultats pourraient être attribués à divers facteurs comme mentionnés précédemment, tels que les différences dans les politiques de santé publique, l'accès aux espaces verts et aux infrastructures sportives, ainsi que les caractéristiques socioéconomiques de chaque région [17, 30].

4.1.2 Au Québec

Au Québec, il s'agit d'un premier rapport ayant permis des constats sur l'APMV totale. Les observations fournissent une estimation plus complète de la proportion de la population atteignant les recommandations en matière d'APMV, puisqu'elles incluent tous les types d'activités physiques (travail, transport, loisir, tâches domestiques). Toutefois, ces résultats

restent comparables à ceux rapportés par l'Enquête québécoise sur l'activité physique et le sport 2018-2019 [30], qui se concentrait uniquement sur les activités physiques de loisir, où environ 48 % des adultes de 18 ans et plus atteignaient les niveaux recommandés. Cela suggère que, pour une large partie de la population, le loisir représente une contribution majeure à l'activité physique globale.

Toutefois, dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2020-2021, environ 45 % des Québécois et Québécoises sont considérés comme atteignant les recommandations dans le cadre de leurs loisirs et leur déplacement [30]. Plusieurs différences méthodologiques peuvent expliquer pourquoi l'estimation obtenue dans l'EQSP est inférieure à celle de l'ESCC rapportée dans ce rapport (54 %). Le type de questionnaire utilisé pour l'ESCC permet de récolter l'information pour l'activité physique de tous les types (loisirs, transport, bénévolat, travail) contrairement à l'EQSP, qui inclut l'activité physique de transport et celle de loisir. De plus, il est important de mentionner que pour l'ESCC, le rappel porte sur les 7 derniers jours alors que, dans l'EQSP, il porte sur les 4 dernières semaines. Un rappel sur les 7 derniers jours peut fournir une mesure plus précise de l'activité physique récente, ce qui peut être important pour diminuer le biais de rappel [31]. Cependant, une période de référence plus longue, comme un mois, peut mieux capturer les schémas d'activité physique sur une période plus étendue, offrant ainsi une vision plus globale de l'activité physique [32, 33].

Cette étude permet également d'illustrer une différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la proportion d'adultes qui atteignent les recommandations canadiennes en matière d'activité physique. Cette disparité est en ligne avec les données nationales et internationales, soulignant la nécessité

d'interventions ciblées afin d'encourager les femmes à être plus actives [34]. Ce phénomène est bien documenté et plusieurs facteurs, notamment ceux liés à l'environnement social et culturel, en découlent. Pour réduire ces écarts, il est essentiel de promouvoir des environnements favorables à l'activité physique pour les femmes, en tenant compte des divers facteurs et comportements propres aux femmes [34-38].

Une des caractéristiques émergentes de notre époque est l'impact croissant du temps d'écran sur les comportements liés à la santé, en particulier sur l'activité physique. Dans ce rapport, les adultes qui dépassent six heures par jour de temps d'écran lors des loisirs avaient une proportion nettement plus élevée d'inactivité physique (15 %) par rapport à ceux qui ont moins de deux heures par jour (6 %). Ces résultats corroborent plusieurs études qui ont établi un lien entre le temps passé devant un écran et un mode de vie moins actif physiquement. Par exemple, une méta-analyse récente menée par *Carson et al.* [39] a conclu que le temps d'écran excessif était significativement associé à une réduction de l'activité physique chez les adultes.

Les données de l'étude ont aussi montré une association entre le niveau d'APMV totale et certaines caractéristiques socioéconomiques. Pour les trois niveaux d'activité physique analysés, des résultats plus favorables ont été observés chez les personnes plus scolarisées, ce qui concorde avec d'autres études sur le sujet [40, 41]. Cette relation pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs interdépendants comme un meilleur accès aux informations sur les bienfaits de l'activité physique et une capacité accrue à les intégrer au quotidien [42]. Toutefois, des éléments environnementaux, tels que l'accès à des infrastructures et des ressources financières, jouent un rôle tout aussi déterminant. Les

compétences nécessaires pour pratiquer une activité physique peuvent également dépendre des ressources disponibles.

Concernant la défavorisation matérielle, celle-ci peut être considérée comme un facteur environnemental influencé par l'interaction entre les conditions socioéconomiques et les caractéristiques physiques du milieu de vie [43]. Dans ce contexte, des niveaux de pratique d'activité physique plus élevés ont été observés chez les individus résidant dans les quintiles les plus favorisés, ce qui est en accord avec les résultats d'autres études [41, 44]. En revanche, les personnes en situation de défavorisation matérielle font face à des obstacles tels que le manque d'installations sportives dans leur voisinage ou des ressources financières limitées, les empêchant de participer à des activités payantes comme les abonnements à un gymnase ou les clubs sportifs. Ces installations, particulièrement en milieu urbain, favorisent la régularité de l'activité physique [45, 46]. De plus, les quartiers à faibles revenus peuvent manquer de parcs, d'installations récréatives et de sentiers, ce qui décourage la pratique d'activités physiques [47]. Par ailleurs, certaines études suggèrent que la défavorisation matérielle peut être associée à des formes d'isolement social ou à une limitation des réseaux de soutien [48, 49]. Le stress lié à la précarité, les contraintes temporelles et les exigences quotidiennes peuvent également limiter les opportunités de pratiquer une activité physique, même en présence d'infrastructures accessibles. Ces défis s'ajoutent aux obstacles financiers et logistiques, compliquant la participation des personnes vivant en contexte de précarité [49].

Dans la présente étude, le niveau d'APMV totale variait aussi selon l'IMC. Chez les personnes ayant un IMC normal, 59 % atteignaient le niveau recommandé. Cette proportion passait à 44 % pour la catégorie d'IMC supérieure

(obésité). Une association inverse a été observée pour la proportion d'inactifs. Plusieurs études ont montré que l'excès de poids, mesuré par l'IMC, est un facteur important associé à l'augmentation de l'inactivité physique [50–52]. Cependant, il est difficile de déterminer si l'inactivité contribue à l'excès de poids, ou si, à l'inverse, l'excès de poids limite la pratique de l'activité physique, créant ainsi une boucle potentiellement bidirectionnelle. Cette relation complexe nécessite une analyse approfondie pour mieux comprendre la direction et l'interaction des effets.

Finalement, la proportion de personnes inactives était plus élevée chez les fumeurs réguliers (15 %) que chez les non-fumeurs (9 %). Inversement, la proportion de gens atteignant les recommandations était, quant à elle, plus élevée chez les non-fumeurs (55 %) que chez les fumeurs réguliers (46 %). D'autres études ont également permis d'observer une proportion plus élevée d'inactifs chez les fumeurs actuels que chez les non-fumeurs [52, 53].

4.2 Évolution de la pratique de 2015-2016 à 2021

Les résultats de l'étude révèlent une diminution significative de la proportion d'adultes québécois atteignant le niveau recommandé d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse de 2015-2016 à 2020 et cette diminution est restée notable après la première année de la pandémie en 2021 (58 % c. 53 % c. 54 %). À l'inverse, nos résultats indiquent une augmentation significative de la proportion de personnes peu actives de 2015-2016 à 2020, proportion qui est restée significativement plus élevée en 2021. Une revue de littérature a révélé que les niveaux totaux d'activité physique ont chuté de manière significative dans le monde entier au cours de la pandémie de la COVID-19, y compris les diminutions de l'activité physique

légère, modérée et/ou vigoureuse et totale [54]. D'autres études ont suggéré une diminution significative de la proportion [55] ou du nombre [56] de participants ayant atteint le niveau d'APMV recommandé pendant la pandémie, ce qui confirme l'impact significatif de la COVID-19 sur la santé publique.

Au Québec, de 2015-2016 à 2020, les hommes et les femmes ont été affectés significativement avec une diminution de la proportion répondant aux recommandations d'activité physique de 6 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes. Cependant, cette diminution n'est restée significative que chez les hommes en 2021. De 2015-2016 à 2021, une augmentation de la proportion de gens peu actifs est observée passant de 29 % à 34 % de 2015 à 2021. Bien qu'il n'y ait pas de raison unique et définitive, une combinaison de facteurs sociaux, psychologiques et comportementaux a pu contribuer à la situation. De nombreuses industries ayant connu des perturbations importantes pendant la pandémie, telles que la construction, la fabrication et le transport, sont traditionnellement dominées par les hommes. Cependant, les secteurs les plus touchés par la cessation d'activité incluent également les commerces où les femmes sont souvent surreprésentées. *Ding et al.* ont noté que les perturbations de l'emploi et des routines de travail peuvent réduire les niveaux d'activité physique, en particulier chez les hommes dont l'emploi constitue une source majeure d'activité physique [57]. Ces changements pourraient avoir contribué à la baisse globale des niveaux d'activité physique observée pendant la pandémie, bien qu'il soit difficile d'estimer précisément l'ampleur de cet effet pour chaque groupe ou contexte [57].

L'analyse des sous-groupes montre aussi que la diminution du niveau d'activité physique et l'augmentation de l'inactivité physique ont

touché davantage les jeunes adultes. L'atteinte du niveau recommandé est passée de 75 % à 66 % chez les 18-24 ans et de 65 % à 60 % chez les 25-44 ans. Ces résultats sont en accord avec des observations dans la littérature, suggérant que les jeunes adultes ont tendance à privilégier les activités physiques en groupe, les salles de sport et les sports d'équipe. Cependant, les restrictions imposées par la pandémie ont limité ces options, ce qui pourrait avoir réduit leurs opportunités et leur motivation à rester actifs [14, 58]. En outre, le passage à l'enseignement à distance et au télétravail a été identifié comme un facteur potentiel ayant contribué à une hausse de la sédentarité chez les jeunes adultes, remplaçant souvent l'activité physique par des comportements sédentaires [59]. En revanche, les adultes plus âgés sont généralement moins actifs que les jeunes et une part relativement plus importante de leurs activités se déroulent à l'intérieur et à l'extérieur de la maison et ont donc pu être poursuivies pendant la pandémie [12]. De plus, selon une analyse antérieure, au Canada, l'activité physique chez les adultes est restée stable et a légèrement augmenté chez les adultes plus âgés, de 2018 à 2021 [60, 61].

Au-delà de l'évolution selon l'âge et le sexe, il est important d'examiner si d'autres sous-groupes de la population ont été davantage affectés par la pandémie. Ainsi, cinq facteurs exerçant une influence sur la santé ont été utilisés, soit le niveau de scolarité de l'individu, la défavorisation matérielle, l'IMC, le temps d'écran et le statut de fumeur. Sur la période à l'étude, les résultats diffèrent selon les sous-groupes observés. Des écarts clairs persistent entre les individus ayant des études postsecondaires complétées ou non et les quintiles de défavorisation matérielle. De plus, un écart se creuse entre les individus présentant ou non un excès de poids.

Ces observations mettent en lumière l'importance d'une approche holistique de la santé qui intègre l'ensemble des saines habitudes de vie. De plus, les résultats relatifs à l'IMC corroborent d'autres recherches selon lesquelles les personnes considérées comme en surpoids ou obèses étaient plus susceptibles d'avoir un niveau d'activité physique plus faible que les personnes de poids normal pendant la pandémie [62], présentant une série d'obstacles liés à la pratique d'une activité physique [63]. Bien que les mesures restrictives imposées par la pandémie soient transitoires, les changements qu'elles ont provoqués peuvent avoir un impact à long terme sur le mode de vie et la santé des individus. Les changements dans la pratique d'activité physique sont plus prononcés chez les personnes considérées en surpoids ou obèses [64]. En outre, les personnes considérées comme obèses font partie des groupes à risque de présenter des symptômes graves de COVID-19 [65].

Les personnes plus scolarisées ont vu leur niveau d'activité physique diminuer davantage pendant la pandémie de la COVID-19. Ce résultat va à l'inverse d'études qui mentionnent un gradient socioéconomique clair durant la pandémie où les personnes peu scolarisées avaient des chances significativement plus élevées de diminuer leur niveau d'activité physique que les personnes très éduquées [66-68]. Plusieurs personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont transitionné vers le télétravail en raison de la nature de leur emploi, ce qui a peut-être réduit la nécessité des déplacements quotidiens. Cette situation était peut-être moins fréquente parmi les personnes moins scolarisées, qui occupaient plus souvent des emplois nécessitant une présence physique et du travail manuel [61].

Les résultats dans la présente analyse concernant la défavorisation matérielle des

adultes ont montré une tendance claire laissant croire que la défavorisation était associée négativement à un changement dans l'activité physique pendant la pandémie. Les données de l'Enquête sur les marchandises vendues au détail ont indiqué que les Canadiens ont dépensé à la fin de l'année 2020 environ 211,4 millions de dollars en équipement d'exercice dans les magasins de détail, ce qui représente une augmentation de 24 % par rapport au quatrième trimestre de 2018 [68]. Même si cet aspect dépasse le cadre de la présente étude et qu'il ne mentionne pas le degré d'utilisation, une analyse plus approfondie des facteurs à l'origine de cette hausse des dépenses pourrait fournir des éclaircissements sur les groupes précis qui ont choisi ou qui ont été en mesure de faire ces achats pour conserver leurs habitudes d'activité physique.

Malgré l'impact potentiel de la pandémie COVID-19, il est important de mentionner qu'une tendance à la baisse du niveau recommandé d'APMV avait déjà été observée avant la pandémie. Des hypothèses ont été émises afin d'expliquer ce phénomène.

L'augmentation du temps d'écran est un phénomène de plus en plus préoccupant, surtout en raison de ses impacts négatifs sur l'activité physique chez les adultes. Des études montrent que le temps passé devant des écrans, que ce soit pour le travail, le divertissement ou les réseaux sociaux, est directement associé à une diminution de l'activité physique [69-71]. Une étude a fait un examen systématique du lien entre le temps sédentaire et la pratique d'activités physiques et il a été remarqué que les types de comportements sédentaires étaient associés à des niveaux d'activité physique plus faibles [72].

D'autre part, la transition vers des professions plus sédentaires et l'adoption généralisée des moyens de transport motorisés personnels contribuent largement avec le temps à la diminution des niveaux d'activité physique observée dans de nombreuses populations, y compris au Québec. Cette évolution sociétale a modifié les modes de vie, favorisant une augmentation du temps passé en position assise et une réduction des occasions de bouger de manière régulière tout au long de la journée [73-76]. Une analyse mondiale des tendances de l'activité physique insuffisante de 2001 à 2016, qui a inclus 1,9 million de participants, a mis en évidence une baisse continue de l'activité physique, particulièrement dans les pays à revenu élevé, où la sédentarité au travail et dans les transports est de plus en plus courante [77].

La transformation des environnements de travail, caractérisée par une augmentation des emplois de bureau et des professions nécessitant de longues heures passées devant un écran, a entraîné une sédentarité accrue. Des études montrent que les adultes passent désormais une grande partie de leur journée en position assise, que ce soit au travail ou à domicile. Par exemple, des études indiquent que les emplois sédentaires contribuent significativement à une réduction de l'activité physique totale chez les adultes nord-américains [75, 76].

Parallèlement, l'usage croissant des transports motorisés personnels, au détriment des modes de transport actifs comme la marche ou le vélo, accentue cette tendance. Une revue systématique publiée dans le *Journal of Transport and Health* souligne que l'augmentation de l'utilisation des transports motorisés personnels est corrélée à une diminution de l'activité physique et que les déplacements actifs sont associés à une

probabilité plus élevée d'atteindre les recommandations en matière d'activité physique [78].

4.3 L'avenir

Le plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé vise à mettre l'accent sur la promotion de l'activité physique dès le plus jeune âge, l'amélioration des infrastructures municipales, scolaires et communautaires, l'accessibilité aux activités sportives et récréatives pour tous, les activités de plein air et l'intégration de la prévention dans le système de santé [79]. Ces initiatives visent à construire un environnement favorable à un mode de vie actif et ainsi, à améliorer la santé des Québécois à long terme. De plus, ces mesures peuvent jouer un rôle important dans l'engagement de la population et la création des environnements favorables à la pratique régulière d'activités physiques.

D'autre part, en 2017, la Politique de l'activité physique, du sport et du loisir *Au Québec, on bouge!* a été déposée par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [80]. Cette politique vise entre autres à augmenter, d'ici 2027, la proportion d'adultes qui atteignent le volume recommandé d'activité physique durant leurs temps libres d'au moins 10 % (en valeur relative).

Ainsi, pour rejoindre davantage les sous-groupes qui atteignent difficilement les recommandations, il est suggéré de mieux comprendre et tenir compte des obstacles de ces derniers à travers les politiques et programmes en place.

La surveillance de l'activité physique en santé publique est importante pour suivre les progrès et ajuster les stratégies. La recherche continue et l'évaluation des initiatives en cours sont indispensables pour améliorer les stratégies de

promotion de l'activité physique. Les études longitudinales, les enquêtes de santé et les projets de recherche collaboratifs peuvent fournir des données précieuses sur les tendances de l'activité physique et les facteurs influençant la participation. Ces informations peuvent guider les décideurs politiques dans l'élaboration de programmes plus efficaces et ciblés, garantissant ainsi des résultats durables pour la santé publique.

4.4 Limites de l'étude

Le questionnaire utilisé dans cette étude favorise un bon rappel des activités pratiquées, mais des erreurs dans la déclaration de la fréquence et la durée des activités réalisées au cours des sept derniers jours ont pu être commises ce qui a pu engendrer un biais de déclaration.

Étant donné que l'adoption d'un mode de vie physiquement actif est de plus en plus encouragée, il est possible que le volume d'activité physique rapporté ait été surestimé. Si ce biais de désirabilité sociale s'est accentué au fil du temps ceci laisse entrevoir une diminution encore plus grande du temps alloué à l'activité physique.

Les biais potentiels observés dans l'ESCC sont partiellement atténués grâce à la taille importante de l'échantillon global et à l'application d'une méthode de pondération, permettant d'ajuster les résultats en fonction des caractéristiques démographiques et sociales de la population. Bien que les enquêtes de surveillance ne soient pas spécifiquement conçues pour évaluer l'impact direct de la pandémie sur l'activité physique, il reste essentiel de recueillir davantage de données dans le cadre d'enquêtes canadiennes à grande échelle, en particulier auprès de groupes de population spécifiques comme les personnes vivant en régions éloignées ou ayant des

limitations fonctionnelles. Cela permettrait d'identifier plus clairement les disparités éventuelles et d'améliorer la compréhension des facteurs sous-jacents qui influencent la pratique de l'activité physique au sein de ces groupes. Une autre limite est le recours à l'information sur l'activité physique autodéclarée, car l'autodéclaration peut être affectée par des biais et des problèmes liés à la mémoire, malgré son coût élevé, l'accéléromètre est un outil plus précis afin de mesurer l'activité physique et éviter une surestimation de la pratique des individus [81].

De plus, puisqu'un cycle sur deux a été utilisé pour le cycle 2019-2020 et 2021-2022, un impact sur la taille de l'échantillon et représentativité est à noter. L'utilisation des données d'une seule année a un impact sur la taille de l'échantillon et donc, la variabilité des estimations, rendant les résultats moins précis pour des sous-groupes spécifiques de la population (comme certaines régions ou tranches d'âge).

Enfin, à l'automne 2020, des mesures pour prévenir la transmission étaient en place dans divers domaines (école, travail et société). La présente analyse n'a pas exploré les niveaux d'activité physique selon chaque mesure spécifique appliquée au niveau régional, mais propose plutôt une comparaison entre une période sans changements (cycle 2015-2016) et une période où de nombreux Québécois et Québécoises ont dû composer avec divers ajustements dans leur quotidien (2020 et 2021).

5 CONCLUSION

L'évolution du niveau d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse (APMV) chez les adultes de 18 ans et plus au Québec de 2015-2016 à 2021 révèle des tendances préoccupantes en matière de santé publique. Nos principaux constats indiquent une diminution du pourcentage de personnes atteignant les recommandations en matière d'APMV. Cette baisse est particulièrement marquée chez les plus jeunes adultes, les personnes matériellement défavorisées, ainsi que les individus ayant un IMC plus élevé.

Les jeunes adultes, habituellement plus actifs, semblent avoir été les plus touchés, ce qui pourrait entraîner des conséquences à long terme sur leur santé physique et mentale si ces comportements sont maintenus dans le temps. Les personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés et celles considérées comme étant obèses sont également plus vulnérables aux effets négatifs de l'inactivité, accentuant les inégalités en matière de santé.

Le défi le plus important est de réduire la proportion de personnes inactives dans tous les sous-groupes de la population. Pour ceux qui ne parviennent pas encore à atteindre un niveau d'activité adéquat, même une transition du niveau inactif à un niveau légèrement actif représenterait un gain majeur pour la santé et favoriserait un changement de comportement.

Dans le futur, l'évolution de la surveillance des comportements sédentaires (comme regarder la télévision ou utiliser un ordinateur) pourrait offrir une meilleure compréhension de leur influence sur la pratique des activités physiques, ce qui permettrait d'optimiser les interventions pour divers groupes de la population. Pour conclure, il est essentiel de maintenir une surveillance rigoureuse de l'activité physique afin de suivre son évolution et d'offrir des données précieuses aux décideurs. Ces informations permettront d'élaborer des programmes plus efficaces et mieux ciblés, favorisant ainsi des résultats durables pour la santé publique et la création d'un environnement propice à un mode de vie actif.

RÉFÉRENCES

- [1] Warburton DER. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal* 2006; 174: 801–809.
- [2] Reiner M, Niermann C, Jekauc D, et collab. Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2013; 13: 813.
- [3] Posadzki P, Pieper D, Bajpai R, et collab. Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health* 2020; 20: 1724.
- [4] Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, et collab. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA* 2018; 320(19): 2020–2028.
- [5] Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, et collab. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 2012; 380: 219–229.
- [6] Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology* 2017; 32: 541–556.
- [7] DiPietro L, Al-Ansari SS, Biddle SJH, et collab. Advancing the global physical activity agenda: recommendations for future research by the 2020 WHO physical activity and sedentary behavior guidelines development group. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020; 17: 143.
- [8] Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour]*. Genève; 2020.
- [9] Ross R, Chaput J-P, Giangregorio LM, et collab. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab* 2020; 45: S57–S102.
- [10] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf> (2018, accès 14 mai 2024)
- [11] Caputo EL, Reichert FF. Studies of Physical Activity and COVID-19 During the Pandemic: A Scoping Review. *Journal of Physical Activity and Health* 2020; 17: 1275–1284.
- [12] Visser M, Schaap LA, Wijnhoven HAH. Self-Reported Impact of the COVID-19 Pandemic on Nutrition and Physical Activity Behaviour in Dutch Older Adults Living Independently. *Nutrients* 2020; 12: 3708.
- [13] Woods JA, Hutchinson NT, Powers SK, et collab. The COVID-19 pandemic and physical activity. *Sports Medicine and Health Science* 2020; 2: 55–64.
- [14] Lesser IA, Nienhuis CP. The Impact of COVID-19 on Physical Activity Behavior and Well-Being of Canadians. *IJERPH* 2020; 17: 3899.
- [15] Stockwell S, Trott M, Tully M, et collab. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2021; 7: e000960.
- [16] Société des établissements de plein air du Québec. *Rapport annuel 2020-2021 - Connecter les gens à la nature*. Québec.
- [17] Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes (5 à 17 ans): Une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil*. SCPE | CSEP, <https://csepguidelines.ca> (2019, consulté le 23 mars 2024).
- [18] Sedentary Behavior Research Network. Letter to the editor: standardized use of the terms

- 'sedentary' and 'sedentary behaviours'. *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 37: 540–542.
- [19] Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, et collab. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2017; 14.
- [20] Gamache P, Hamel D, Blazer C. L'indice de défavorisation matérielle et sociale: en bref. *Institut national de santé publique du Québec*, <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/sante-scope/indice-defavorisation/guidemethodologiquefr.pdf> (2019, consulté le 22 août 2019).
- [21] Korn EL, Graubard BI. *Analysis of health surveys*. New York: Wiley, 1999.
- [22] Cameron-Blake E, Breton C, Sim P, et collab. *Variation in the Canadian provincial and territorial responses to COVID-19*. Blavatnik School of Government Working Paper 2021, <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2021-03/BSG-WP-2021-039.pdf> (2021, consulté le 15 août 2024)
- [23] Saunders T, Colley RC. Regional trends in the moderate-to-vigorous intensity physical activity and screen time of Canadians before and during the COVID-19 pandemic. *PeerJ* 2024; 12: e16913.
- [24] Beaudoin C, Nolin B, Hamel D, et collab. *Activité physique aérobie durant les loisirs des adultes québécois: évolution entre 1994 et 2014*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2782-evaluation-activite-aerobie-loisirs-adultes.pdf> (2021, consulté le 4 novembre 2023)
- [25] Chan CB, Ryan DA. Assessing the Effects of Weather Conditions on Physical Activity Participation Using Objective Measures. *IJERPH* 2009; 6: 2639–2654.
- [26] City of Vancouver. *Transportation Design Guidelines: All Ages and Abilities Cycling Routes*. Vancouver, <https://vancouver.ca/files/cov/design-guidelines-for-all-ages-and-abilities-cycling-routes.pdf> (2017, consulté le 5 mars 2024)
- [27] Ministry of Health. *Promote, Protect, Prevent: Our Health Begins Here. BC's Guiding Framework for Public Health*. British Columbia, <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/BC-guiding-framework-for-public-health-2017-update.pdf> (2017, consulté le 28 avril 2024)
- [28] Statistics Canada. *The Daily — Canadian Health Measures Survey: Seasonal trends in physical activity among Canadians, 2017 to 2019*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210715/dq210715a-eng.htm> (2021, consulté le 22 juin 2024)
- [29] Institut de la statistique du Québec. *L'activité physique de loisir des adultes québécois en 2018-2019 (Infographie)*, <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/infographies/index.html> (2020, accès 10 octobre 2020).
- [30] Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021. Habitudes de vie et comportements: faits saillants*. Montréal: Institut de la statistique du Québec, <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf> (2023, accès le 4 décembre 2023).
- [31] Sirard JR, Hannan P, Cutler GJ, et collab. Evaluation of 2 Self-Report Measures of Physical Activity with Accelerometry in Young Adults. *Journal of Physical Activity and Health* 2013; 10: 85–96.
- [32] Matton L, Wijndaele K, Duvigneaud N, et collab. Reliability and Validity of the Flemish Physical Activity Computerized Questionnaire in Adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 2007; 78: 293–306.

- [33] Prince SA, Adamo KB, Hamel M, et collab. A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5: 56.
- [34] Conseil du statut de la femme. Femmes et sport: constats et enjeux. Québec 2022, 58 p.
- [35] Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research* 2006; 21: 826–835.
- [36] Brown WJ, Trost SG. Life transitions and changing physical activity patterns in young women. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 25: 140–143.
- [37] Biddle S, Mutrie N. *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions*. 2nd ed. Routledge. 2007.
- [38] Colley RC, Guerrero M, Bushnik T. Intersecting risk factors for physical inactivity among Canadian adults. *Health Report* 2023; 34(11):12–24.
- [39] Carson V, Hunter S, Kuzik N, et collab. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab* 2016; 41: S240–S265.
- [40] Gidlow C, Johnston LH, Crone D, et collab. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Education Journal* 2006; 65: 338–367.
- [41] Ball K, Carver A, Jackson M, et collab. Evidence review: addressing the social determinants of inequities in physical activity and related health outcomes. VicHealth 2015. 58 p.
- [42] Liguori G, Gallé F, Di Onofrio V. Higher education on physical activity and sport: The Movement Sciences graduate as a resource to promote healthy lifestyles in the National Health System. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità* 2019; 642–648.
- [43] Taylor WC, Poston WSC, Jones L, et collab. Environmental Justice: Obesity, Physical Activity, and Healthy Eating. *Journal of Physical Activity and Health* 2006; 3: S30–S54.
- [44] Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- [45] Sallis JF, Bowles HR, Bauman A, et collab. Neighborhood Environments and Physical Activity Among Adults in 11 Countries. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36: 484–490.
- [46] Hillsdon M, Panter J, Foster C, et collab. The relationship between access and quality of urban green space with population physical activity. *Public Health* 2006; 120: 1127–1132.
- [47] Andrade L, Geffin R, Maguire M, et collab. The Associations Between Access to Recreational Facilities and Adherence to the American Heart Association's Physical Activity Guidelines in US Adults. *Front Public Health* 2021; 9: 660624.
- [48] Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social epidemiology*. Oxford University Press. New York, 2014.
- [49] Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, et collab. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 2012; 380(9838): 258–271.
- [50] Silveira EA, Mendonça CR, Delpino FM, et collab. Sedentary behavior, physical inactivity, abdominal obesity and obesity in adults and older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN* 2022; 50: 63–73.
- [51] Gray CL, Messer LC, Rappazzo KM, et collab. The association between physical inactivity and obesity is modified by five domains of

- environmental quality in U.S. adults: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 2018; 13: e0203301.
- [52] Nolin B, Prud'homme D, Godin G, et collab. *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*. Québec: Institut de la statistique du Québec et Kino-Québec, 2002.
- [53] Camirand H, Traoré I, Baulne J. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Résultats de la deuxième édition. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2016.
- [54] Park AH, Zhong S, Yang H, et collab. Impact of COVID-19 on physical activity: A rapid review. *J Glob Health* 2022; 12: 05003.
- [55] Gallo LA, Gallo TF, Young SL, et collab. The Impact of Isolation Measures Due to COVID-19 on Energy Intake and Physical Activity Levels in Australian University Students. *Nutrients* 2020; 12: 1865.
- [56] López-Bueno R, Calatayud J, Andersen LL, et collab. Immediate Impact of the COVID-19 Confinement on Physical Activity Levels in Spanish Adults. *Sustainability* 2020; 12: 5708.
- [57] Ding D, Del Pozo Cruz B, Green MA, et collab. Is the COVID-19 lockdown nudging people to be more active: a big data analysis. *Br J Sports Med* 2020; 54: 1183–1184.
- [58] Ripley-Gonzalez JW, Zhou N, Zeng T, et collab. The long-term impact of the COVID-19 pandemic on physical fitness in young adults: a historical control study. *Sci Rep* 2023; 13: 15430.
- [59] Wiciak MT, Shazley O, Santhosh D. An Observational Report of Screen Time Use Among Young Adults (Ages 18-28 Years) During the COVID-19 Pandemic and Correlations With Mental Health and Wellness: International, Online, Cross-sectional Study. *JMIR Form Res* 2022; 6: e38370.
- [60] Watt J, Colley R. Youth—but not adults—reported less physical activity during the COVID-19 pandemic. Statistique Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00032-eng.pdf> (2021, consulté le 5 février 2024)
- [61] Colley RC, Watt JE. The unequal impact of the COVID-19 pandemic on the physical activity habits of Canadians. *Health Report* 2022; 18; 33(5): 22-33.
- [62] Garcês CP, Oliveira E Silva L, Nunes SM, et collab. Effects of social distancing caused by the COVID-19 pandemic on physical activity level, sitting time, and binge eating: a comparison between overweight/obese and normal-weight adults. *Sport Sci Health* 2022; 18: 1505–1512.
- [63] Hamer O, Larkin D, Relph N, et collab. Fear-related barriers to physical activity among adults with overweight and obesity: A narrative synthesis scoping review. *Obesity Reviews* 2021; 22: e13307.
- [64] Khan MA, Menon P, Govender R, et collab. Systematic review of the effects of pandemic confinements on body weight and their determinants. *Br J Nutr* 2022; 127: 298–317.
- [65] Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology* 2021; 93: 257–261.
- [66] Vogel EA, Zhang JS, Peng K, et collab. Physical activity and stress management during COVID-19: a longitudinal survey study. *Psychology & Health* 2022; 37(1): 51-61.
- [67] Robinson E, Boyland E, Chisholm A, et collab. Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite* 2021; 156: 104853.
- [68] Bu F, Bone JK, Mitchell JJ, et collab. Longitudinal changes in physical activity during and after the first national lockdown due to the COVID-19 pandemic in England. *Sci Rep* 2021;11(1):17723.

- [69] Statistique Canada. *Enquête sur les marchandises vendues, ventes au détail*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=2010001601> (2023, consulté le 16 mai 2024).
- [70] Saunders TJ, Mclsaac T, Douillette K, et collab. Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab* 2020; 45: S197–S217.
- [71] Owen N, Healy GN, Matthews CE, et collab. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev* 2010; 38: 105–113.
- [72] Atkin AJ, Gorely T, Clemes SA, et collab. Methods of Measurement in epidemiology: Sedentary Behaviour. *International Journal of Epidemiology* 2012; 41: 1460–1471.
- [73] Mansoubi M, Pearson N, Biddle SJH, et collab. The relationship between sedentary behaviour and physical activity in adults: A systematic review. *Preventive Medicine* 2014; 69: 28–35.
- [74] Ng SW, Popkin BM. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obesity Reviews* 2012; 13: 659–680.
- [75] Brownson RC, Boehmer TK, Luke DA. Declining rates of physical activity in the United States: What Are the Contributors? *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 421–443.
- [76] Church TS, Thomas DM, Tudor-Locke C, et collab. Trends over 5 Decades in U.S. Occupation-Related Physical Activity and Their Associations with Obesity. *PLoS ONE* 2011; 6: e19657.
- [77] Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et collab. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health* 2018; 6: e1077–e1086.
- [78] Shaw C, Keall M, Guiney H. What modes of transport are associated with higher levels of physical activity? Cross-sectional study of New Zealand adults. *Journal of Transport & Health* 2017; 7: 125–133.
- [79] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*. Gouvernement du Québec. (2022, accès 23 juin 2024).
- [80] Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. *Politique de l'activité physique, du sport et du loisir*. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/Politique-FR-v18_sans-bouge3.pdf (2017, accès 17 décembre 2023).
- [81] Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW, et collab. Physical Activity in the United States Measured by Accelerometer. *Med Sci Sports Exerc* 2008; 40(1): 181-188.

Évolution de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse chez les adultes au Québec, 2015 à 2021

AUTRICES

Julie Riopel-Meunier, Conseillère scientifique
Laurence Desbois-Bédard, conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Sonia Jean, cheffe d'unité scientifique par intérim
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

Mathieu Maltais, Conseiller scientifique spécialisé
Direction du développement des individus et des
communautés

RÉVISION

Stéphane Talbot, Agent de planification, de programmation et
de recherche, Direction de santé publique du développement
des individus et Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Côte-Nord

Alexandro Allison-Abauza, Ph. D., Conseiller en sport,
Direction du sport, loisir, activité physique et plein air,
ministère de l'Éducation

Annie Robitaille, Conseillère en activité physique
Direction du sport, loisir, activité physique et plein air
(DSLAPPA), ministère de l'Éducation

Raphaël Ouellet, M. Sc., Conseiller-étudiant en activité
physique, Direction du sport, du loisir et de l'activité physique,
ministère de l'Éducation

Les réviseur(e)s ont été conviés à apporter des commentaires
sur la version préfinale de ce document et en conséquence,
n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices ainsi que les réviseur(e)s ont dûment rempli leurs
déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits
d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Isabelle Gagnon, agente administrative
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Ce document est disponible intégralement en format électronique
(PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du
Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont
autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur.
Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du
gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de
propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut
être obtenue en écrivant un courriel à :
droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à
condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-00779-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

N° de publication : 3636