



Le recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé est-il répandu chez les Québécois qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids?

Linda Cazale*, Renée Dufour** et Guillaume Marois*,
en collaboration avec Lyne Mongeau*** et Marie-Claude Paquette****¹

*Institut de la statistique du Québec

**Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

***Ministère de la Santé et des Services sociaux

****Institut national de santé publique du Québec

L'Enquête québécoise sur la santé de la population, réalisée en 2008, nous apprend que près de 4 Québécois sur 10 âgés de 15 ans et plus ont fait quelque chose concernant leur poids au cours des 6 mois précédant l'enquête. Plus précisément, près d'une personne sur cinq (19 %) a tenté de perdre du poids et une proportion presque identique (17 %) a tenté de maintenir son poids. Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à avoir tenté de perdre du poids (22 % c. 15 %) ou de maintenir leur poids (19 % c. 16 %)².

Différents motifs peuvent amener une personne à se fixer un objectif à l'égard de son poids. Le poids corporel est une préoccupation majeure dans notre

société pour des raisons de santé mais également pour des considérations esthétiques. Du côté de la santé, l'obésité est un facteur de risque reconnu de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète de type 2, l'hypertension, des problèmes cardiovasculaires et certains types de cancer³. Par ailleurs, dans un environnement valorisant la jeunesse et la minceur, la pression sociale exercée quant au fait d'afficher un poids qui n'a parfois rien à voir avec la santé est souvent forte⁴.

Les méthodes disponibles afin de perdre du poids ou de maintenir son poids sont nombreuses et variées. Il est possible de distinguer deux catégories de méthodes selon leur impact sur la santé : les méthodes dites saines ou

favorables pour la santé et celles qui sont potentiellement dangereuses^{5,6}. Si faire de l'activité physique et manger davantage de fruits et de légumes sont des méthodes pouvant contribuer au maintien de son poids et d'une bonne santé, faire une diète ou suivre un programme d'amaigrissement commercial, ou encore utiliser des méthodes telles que ne pas manger pendant toute une journée, prendre des laxatifs ou se faire vomir sont, au contraire, des méthodes pouvant entraîner des effets délétères. En plus des conséquences sur la santé physique, émotionnelle et psychosociale, le recours à une ou des méthodes présentant un potentiel de dangerosité constitue un facteur de risque pour la survenue de troubles alimentaires⁷.

1. Les auteurs tiennent à remercier Claire Fournier, Ghyslaine Neill et Daniel Tremblay pour leurs commentaires sur la version préliminaire du texte.
2. Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON (2010), « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 131-157.
3. SANTÉ CANADA (2003), *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Santé Canada, 43 p.
4. L. MONGEAU (2007), « Les problèmes reliés au poids comme épidémie de la modernité », dans *Problèmes sociaux – Tome III – Théories et méthodologies de la recherche*, H. DORVIL (sous la direction de), Québec, Presses de l'Université du Québec, chapitre 2, p. 48-84.
5. A. B. GOLDSCHMIDT, V. PASSI ASPEN, M. M. SINTON, M. TANOFKY-KRAFF et D. E. WILFLEY (2008), "Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Overweight Youth", *Obesity*, vol. 16, n° 2, p. 257-264.
6. J. S. SAVAGE, et L. L. BIRCH (2009), "Patterns of Weight Control Strategies Predict Differences in Women's 4-Year Weight Gain", *Obesity*, vol. 18, n° 3, p. 513-520.
7. M. P. OLMSTED, et T. MCFARLANE (2003), « Poids corporel et image du corps », dans *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada, p. 7-8 et chapitre additionnel disponible sur le site Web [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/index-fra.php] (Consulté le 15 février 2011).

L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 (EQSP) permet d'examiner, pour la première fois à l'échelle populationnelle, le recours aux méthodes potentiellement dangereuses pour la santé dans le but de réduire ou de maintenir son poids. L'objectif de la présente publication est d'explorer, à partir des données de cette enquête, le recours à de telles méthodes chez les Québécois (voir l'encadré *À propos de l'enquête* à la page 8). Afin de procéder à cette analyse, un indice dichotomique concernant le recours à au moins une de ces méthodes a été créé (pour la définition de l'indice, voir l'encadré ci-contre). Cette variable est ensuite croisée avec des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques et avec des caractéristiques liées au poids corporel. Les liens entre le recours à ce type de méthodes et d'autres caractéristiques de santé et de bien-être sont également abordés dans ce *Zoom santé*. Les analyses portent sur les personnes de 15 ans et plus, vivant en ménage privé, ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids au cours d'une période de six mois (environ 36 % de la population)⁸. Les différences signalées dans le texte sont toutes significatives sur le plan statistique, à moins d'indication contraire. La définition des principaux indicateurs analysés est fournie sous la forme d'un encadré dans le texte (voir l'encadré *Définition des indicateurs* à la page 6).

RECOURS AUX MÉTHODES PRÉSENTANT UN POTENTIEL DE DANGEROUSITÉ POUR LA SANTÉ : DÉFINITION ET NOTES MÉTHODOLOGIQUES

L'indice concernant le recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé a été créé à partir de deux questions de l'EQSP. La première question est la suivante : Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous essayé les méthodes suivantes afin de perdre du poids ou de le maintenir ? a) Suivre une diète très faible en calories ou une diète qui élimine une ou des catégories d'aliments et b) Suivre un programme d'amaigrissement commercial. Les choix de réponse proposés sont les suivants : « aucune fois », « une fois », « deux ou trois fois » ou « quatre fois ou plus ».

La seconde question est ainsi formulée : Je vais maintenant vous énumérer d'autres méthodes qui peuvent être utilisées pour perdre du poids ou le maintenir. Pour chacune des méthodes, dites-moi si vous l'avez essayée souvent, à l'occasion, rarement ou jamais au cours des 6 derniers mois. Ces méthodes sont : ne pas manger pendant toute une journée, sauter des repas, prendre des substituts de repas comme des barres, etc., prendre des laxatifs, prendre des pilules qui font uriner (diurétiques), prendre des pilules qui enlèvent l'appétit (coupe-faim), prendre des médicaments pour maigrir prescrits par un médecin, prendre des produits amaigrissants, commencer ou recommencer à fumer, utiliser des crèmes, des timbres ou des machines et se faire vomir.

Le critère retenu pour déterminer si le recours à une de ces 11 méthodes présente un potentiel de dangerosité pour la

santé est la fréquence « souvent » ou « à l'occasion » déclarée pour au moins l'une d'entre elles. Il est considéré que de telles fréquences reflètent une utilisation régulière de l'une ou l'autre de ces méthodes¹.

À partir de ces deux questions, un indice dichotomique a été créé de la façon suivante : une personne est considérée comme ayant eu recours à une telle méthode si, au cours de la période de référence, elle a fait au moins une diète très faible en calories ou une diète qui élimine une ou des catégories d'aliments ou suivi un programme d'amaigrissement commercial² et/ou si elle a eu recours « souvent » ou « à l'occasion » à au moins une des 11 autres méthodes traitées dans l'enquête³. Autrement, la personne est considérée comme n'ayant pas eu recours à une telle méthode⁴.

La principale force de l'indice est d'estimer la proportion de personnes ayant eu recours à ces méthodes puis d'en tracer un portrait en tenant compte de l'ensemble des méthodes potentiellement dangereuses pour la santé disponibles dans l'EQSP 2008. Sa principale limite est de ne pouvoir statuer sur l'intensité des efforts réalisés par les personnes afin de perdre du poids ou de maintenir leur poids avec ce type de méthodes. Par exemple, nous ne savons pas pendant combien de temps la personne a suivi la diète ou le programme d'amaigrissement commercial. Une même personne peut aussi avoir eu recours « souvent » ou « à l'occasion » à plusieurs méthodes, mais cette information ne change pas la valeur qu'elle obtient à l'indice.

1. Le choix de ce critère fait suite à une consultation menée, à l'hiver 2011, auprès de deux expertes en nutrition, Lyne Mongeau (MSSS) et Marie-Claude Paquette (INSPQ).
2. Selon une première analyse des données et en utilisant le même critère, un peu moins du quart des personnes (23 %) a fait une diète ou a adhéré à un tel programme parmi celles ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids. Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON, *op. cit.*
3. Parmi les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids, un peu plus d'une sur cinq (22 %) a eu recours « souvent » ou « à l'occasion » à l'une de ces 11 méthodes, au cours d'une période de six mois (données non présentées).
4. À l'Infocentre de santé publique, les résultats de l'EQSP 2008 disponibles pour l'indicateur « Répartition de la population qui a tenté de perdre du poids ou maintenir son poids selon le nombre de méthodes présentant un potentiel de dangerosité utilisées au cours des six derniers mois », ou ses indicateurs associés, ne comprennent pas le recours aux diètes ou programmes d'amaigrissement commerciaux. Inversement, les résultats pour l'indicateur « Répartition de la population qui a tenté de perdre du poids ou maintenir son poids selon la fréquence du recours à une diète ou un programme d'amaigrissement commercial au cours des six derniers mois », ou ses indicateurs associés, ne comprennent pas le recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité.

8. Cette population est composée d'environ 58 % de femmes et 42 % d'hommes.

Recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé

Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques

Parmi les personnes de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de contrôler leur poids, un peu moins de 4 sur 10 (37 %) ont eu recours, au cours d'une période de 6 mois, à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé en 2008 (tableau 1)⁹. Le recours à ces méthodes est plus souvent observé chez les femmes que chez les hommes : parmi la population à l'étude, environ 4 femmes sur 10 ont eu recours à ce type de méthodes, alors que c'est le tiers chez les hommes.

Le recours est davantage répandu chez les femmes, mais c'est tout de même un homme sur trois qui a eu recours à ce type de méthodes.

Le recours aux méthodes potentiellement nuisibles à la santé varie selon l'âge, les personnes âgées de moins de 65 ans étant davantage susceptibles d'être concernées par cette situation. Si environ 4 personnes sur 10 âgées de 64 ans et moins et ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids ont fait appel à ce type de méthodes, c'est le cas de près de 3 personnes sur 10 (28 %) chez les 65 ans et plus (tableau 1). Cette différence selon l'âge s'observe uniquement chez les femmes; autrement dit, il n'y a pas de différence statistique quant au recours à ces méthodes entre les hommes des différents groupes d'âge.

Tableau 1

Recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008

	%
Total	36,5
Sexe	
Hommes	33,3
Femmes	38,8
Groupe d'âge	
15-24 ans	37,2
25-44 ans	38,8
45-64 ans	36,9
65 ans et plus	27,9
Hommes	
15-24 ans	33,8
25-44 ans	34,9
45-64 ans	33,5
65 ans et plus	27,0
Femmes	
15-24 ans	39,3
25-44 ans	41,8
45-64 ans	39,3
65 ans et plus	28,5

1. Au cours d'une période de six mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Le recours à ce type de méthodes est également associé, chez les femmes uniquement, à l'occupation principale et à la composition du ménage. En effet, ce recours est moins répandu, en proportion, chez les femmes à la retraite (33 %), ce qui traduit un effet de l'âge, alors qu'il n'y a pas de différence significative entre les femmes qui occupent un emploi, celles qui sont aux études et celles qui sont sans emploi (39 %, 42 % et 44 %) (tableau 2).

Tableau 2

Recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé selon l'occupation principale et la composition du ménage, population féminine de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008

	%
Occupation principale	
Travailleuses	39,1
Étudiantes	42,5
Sans emploi	44,5
Retraitées	32,7
Composition du ménage	
Personne seule	41,2
Couple sans enfant	34,3
Couple avec enfants	38,1
Famille monoparentale	47,6
Autre	42,6

1. Au cours d'une période de six mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

En ce qui concerne la composition du ménage, les femmes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids et qui vivent en situation de monoparentalité sont plus nombreuses, en proportion, à avoir eu recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé que celles vivant en couple avec ou sans enfant (48 % c. 38 % et 34 %). C'est le cas également des femmes vivant seules comparativement à celles vivant en couple sans enfant (41 % c. 34 %) (tableau 2).

9. Lorsqu'on considère l'ensemble de la population de 15 ans et plus, c'est environ 13 % des personnes qui ont eu recours à au moins une méthode potentiellement nuisible à la santé au cours d'une période de 6 mois (données non présentées).

Les données de l'EQSP 2008 montrent une association entre le recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé et la situation économique d'une personne, telle que mesurée par l'indice du niveau de revenu du ménage et la perception de sa situation financière¹⁰. Parmi les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids, celles qui se classent au niveau le plus faible de l'indice (quintile 1) ont utilisé dans une proportion d'environ 43 % au moins une de ces méthodes au cours d'une période de 6 mois, se démarquant ainsi de celles dont les niveaux de revenu sont plus élevés (35 %, quintile 2 et suivants) (tableau 3).

Le recours à ce type de méthodes est plus répandu chez les personnes dont le niveau de revenu du ménage est le plus faible et chez celles qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres.

et les femmes ne se distinguent pas sur ce plan.

Caractéristiques liées au poids corporel

Le statut pondéral et la perception à l'égard de son poids sont associés au recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé. De fait, le recours à ces méthodes est plus souvent observé chez les personnes obèses (44 %)¹¹ (tableau 4). Parmi les person-

Dans le même sens, près d'une personne sur deux se considérant comme pauvre ou très pauvre a eu recours à ces méthodes comparativement à une personne sur trois chez celles qui jugent leurs revenus suffisants ou qui s'estiment à l'aise financièrement (tableau 3). Les hommes

ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids, c'est un peu plus de 4 hommes obèses sur 10 (42 %) et un peu moins d'une femme obèse sur deux (46 %) qui ont eu recours à ces méthodes durant une période de 6 mois. Le recours est plus faible, en proportion, chez les personnes qui font de l'embonpoint et chez celles qui ont un poids normal¹² (chez les hommes : 31 %, embonpoint et 25 %, poids normal; chez les femmes : 41 %, embonpoint c. 33 %, poids normal).

Les données de l'enquête indiquent, toujours chez la population à l'étude, que les personnes qui, indépendamment de leur poids, estiment avoir un excès de poids ont davantage recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé que celles jugeant leur poids normal^{13,14} (41 % c. 30 %) (données non présentées). Cette relation entre le recours et la perception à l'égard de son poids a été décelée chez les femmes (43 %, excès de poids c. 33 %, poids à peu près normal) et chez les hommes (38 %, excès de poids c. 25 %, poids à peu près normal).

Soulignons également que le recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé est proportionnellement plus important chez les personnes ayant tenté de perdre du poids que chez celles ayant essayé de maintenir leur poids (45 % c. 27 %) (données non présentées). Près d'une femme sur 2 (48 %) ayant tenté de perdre du poids a fait appel à ce type de méthodes, alors que c'est le cas de 4 hommes sur 10 (40 %). Au cours de la période de référence, environ une personne sur quatre a eu recours à au moins une de ces méthodes parmi les personnes ayant tenté de maintenir leur poids (27 %).

Tableau 3

Recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé¹ selon l'indice du niveau de revenu du ménage et la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008

	%
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (le plus faible)	43,4
Quintiles 2, 3, 4 et 5	35,3
Perception de sa situation financière	
Très pauvre ou pauvre	48,4
Revenus suffisants ou à l'aise	35,1

1. Au cours d'une période de six mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

10. Notons que les données de l'enquête ne permettent pas de déceler une association entre le recours à ces méthodes et le niveau de scolarité (données non présentées).

11. En 2008, environ 16 % des Québécois sont obèses, 35 % font de l'embonpoint, 47 % ont un poids normal et 2,4 %, un poids insuffisant. Les prévalences de l'embonpoint et de l'obésité sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes (44 % c. 26 % pour l'embonpoint, 16 % c. 15 % pour l'obésité). En contrepartie, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se retrouver dans les catégories « poids normal » (55 % c. 39 % des hommes) et « poids insuffisant » (3,8 % c. 1,0 % des hommes). Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON, *op. cit.*

12. Les résultats présentés ne comprennent pas les données relatives à l'insuffisance du poids à cause de l'imprécision des données (coefficients de variation supérieurs à 25 %).

13. Les résultats présentés ne comprennent pas les données relatives à la perception d'être trop maigre à cause de l'imprécision des données (coefficients de variation supérieurs à 25 %).

14. Les données de l'EQSP 2008 indiquent que près de 59 % des Québécois de 15 ans et plus considèrent leur poids comme normal, 39 % estiment avoir un excès de poids et 2,9 % se jugent trop maigres. Si les hommes sont plus nombreux, en proportion, que les femmes à se considérer comme « normaux » (60 % c. 57 %), les femmes sont plus nombreuses à penser qu'elles ont un excès de poids (41 % c. 37 %). Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON, *op. cit.*

Les personnes obèses, celles qui estiment avoir un excès de poids et celles qui ont tenté de perdre du poids ont davantage utilisé ce type de méthodes.

Autres caractéristiques de santé et de bien-être

Le recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé est également associé, chez la population à l'étude, à la perception de sa santé, à la satisfaction à l'égard de sa vie sociale et à la détresse psychologique. Notons que l'ensemble des analyses effectuées dans le cadre de cette publication ne permettent pas de se prononcer sur la présence d'un lien de causalité entre les variables ni, le cas échéant, sur le sens de ce lien. Ainsi, nous ne pouvons dire si c'est le recours aux méthodes potentiellement nuisibles à la santé qui explique la présence d'un niveau élevé de détresse psychologique ou si, à l'inverse, c'est la présence d'un niveau élevé de détresse psychologique qui donne lieu au recours à ces méthodes.

Comme le montre le tableau 5, les personnes considérant leur état de santé comme passable ou mauvais sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu recours aux méthodes potentiellement dommageables à la santé que celles qui s'estiment en excellente, très bonne ou bonne santé (46 % c. 35 %). Cette situation est observée à la fois chez les hommes et chez les femmes.

Le recours aux méthodes potentiellement nuisibles à la santé se combine plus souvent avec une perception défavorable de sa santé, avec une insatisfaction à l'égard de sa vie sociale et avec un niveau élevé de détresse psychologique.

Tableau 4

Recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé¹ selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008

	Sexes réunis	Hommes	Femmes
	%		
Statut pondéral			
Poids insuffisant	31,0**	—	35,5**
Poids normal	31,5	25,1	33,5
Embonpoint	35,8	31,1	41,2
Obésité	44,0	42,3	45,7

1. Au cours d'une période de six mois.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

— Donnée infime.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau 5

Recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé¹ selon certains indicateurs de santé et de bien-être et le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008

	Sexes réunis	Hommes	Femmes
	%		
Perception de sa santé			
Passable ou mauvaise	46,4	46,3	46,5
Excellente, très bonne ou bonne	35,2	31,7	37,8
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale			
Plutôt ou très insatisfaisante	50,6	49,9	51,0
Plutôt ou très satisfaisante	35,5	32,2	37,9
Niveau de détresse psychologique			
Élevé	46,2	48,8	44,8
Faible à modéré	33,3	29,5	36,4

1. Au cours d'une période de six mois.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Selon les données de l'enquête, les personnes qui sont insatisfaites de leur vie sociale sont davantage susceptibles d'avoir fait usage de ces méthodes (51 % des personnes se disant plutôt ou très insatisfaites c. 36 %, chez les personnes plutôt ou très satisfaites). Cette association entre le recours et l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale se retrouve à la fois chez les hommes et chez les femmes.

Par ailleurs, et toujours parmi les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids au cours de la période de référence, le recours aux méthodes potentiellement nuisibles à la santé est lié à la détresse psychologique. En proportion, on retrouve davantage d'utilisateurs chez les personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique que chez celles dont ce niveau est faible ou modéré (46 % c. 33 %). Les hommes et les femmes ne diffèrent pas non plus sur ce plan.

Indice du niveau de revenu du ménage

Indice inspiré d'une variable créée par Statistique Canada dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005*. Il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et des seuils de faible revenu définis en fonction de la taille du ménage et de la communauté de résidence du répondant. Il se divise en cinq quintiles, allant des revenus les plus faibles (quintile 1) aux revenus les plus élevés (quintile 5). Dans les analyses présentées, l'indice comprend deux catégories, soit le quintile des personnes dont les revenus sont les plus faibles (quintile 1) et le regroupement du quintile 2 et des suivants.

Niveau de détresse psychologique

Mesure faite au moyen de l'échelle K6 élaborée par Kessler. Cette mesure est fondée sur six questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire, a eu l'impression que tout lui demandait un effort ou, finalement, a eu le sentiment d'être bonne à rien. Les scores globaux, qui résultent de la somme des scores obtenus aux six questions, varient de 0 à 24; plus la cote est élevée, plus la détresse psychologique est prononcée. Un score de 7 ou plus correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle et indique que la personne se situe à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler. Les résultats ne doivent pas être interprétés comme des prévalences.

Occupation principale

Activité exercée de manière habituelle au cours des 12 derniers mois. Quatre catégories d'individus sont identifiées : les travailleurs, les étudiants, les personnes sans emploi et les retraités. Les travailleurs comprennent les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel ainsi que les travailleurs en congé (maladie, maternité ou paternité, etc.). Les personnes sans emploi incluent les personnes qui reçoivent des prestations (assurance-emploi, aide sociale) et celles qui tiennent maison.

Perception à l'égard de son poids

Autoévaluation de son poids provenant d'une question, soit : « Considérez-vous que vous... 1) avez un excès de poids; 2) êtes trop maigre; 3) êtes à peu près normal(e)? ».

Perception de l'état de santé (ou de sa santé)

Autoévaluation de son état de santé global. Les répondants sont préalablement informés que le terme « santé » englobe non seulement l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi leur bien-être. Les résultats sont regroupés en deux catégories de santé (excellente, très bonne ou bonne; passable ou mauvaise). Ce regroupement permet d'établir la proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé. Il s'agit d'une appréciation globale, faite par la personne elle-même, de son état de santé en fonction de ses connaissances, de ses valeurs et de ses expériences, actuelles ou passées. L'intérêt de cet indicateur repose en partie sur l'association de ce dernier avec d'autres indicateurs de santé, tels que les problèmes de santé physique, la capacité

fonctionnelle et les limitations d'activités, ainsi qu'avec des déterminants de la santé².

Perception de sa situation financière

Information tirée d'une question où les individus évaluent leur situation financière comparativement à celle des personnes de leur âge. Quatre catégories de réponse sont présentées : à l'aise financièrement, revenus suffisants, pauvre ou très pauvre.

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

Information tirée d'une question où les individus évaluent leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale en général, c'est-à-dire leurs relations avec les gens qui les entourent (parents, amis, connaissances). Les catégories « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante » ont été regroupées pour décrire la population insatisfaite de sa vie sociale; les catégories « très satisfaisante » et « plutôt satisfaisante » ont été combinées pour identifier les personnes satisfaites.

Statut pondéral

Fait référence à l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC d'un individu est le rapport de son poids (en kilogrammes) sur sa taille (en mètres) élevée au carré. Les femmes enceintes sont exclues de la population considérée dans le calcul de l'indice. Les résultats sont regroupés en quatre catégories, soit : poids insuffisant ($IMC < 18,5$), poids normal ($18,5 \leq IMC < 25$), embonpoint ($25 \leq IMC < 30$) et obésité ($IMC \geq 30$). Dans l'EQSP, il s'agit de données auto-déclarées plutôt que mesurées. Il est reconnu que les données autodéclarées donnent lieu à une sous-estimation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité³.

1. Ces définitions proviennent du lexique fourni dans le rapport de l'EQSP 2008. Pour plus de détails, consulter : H. CAMIRAND, F. BERNÈCHE, L. CAZALE, R. DUFOUR, J. BAULNE et autres (2010), *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 19-20.

2. M. SHIELDS, et S. SHOOSHAN (2001), « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, Statistique Canada (82-003), décembre, p. 39-63.

3. Pour plus de détails, consulter par exemple : N. AUDET (2007), « L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes », *Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, juin, p. 1-5.; M. SHIELDS, S. CONNOR GORBER et M. S. TREMBLAY (2008), « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 2, Statistique Canada, juin, 17 p.

En guise de conclusion

Lorsqu'il s'agit de perdre du poids ou de maintenir son poids, le recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé est un phénomène répandu chez les Québécois en 2008. En effet, parmi les personnes ayant fait des efforts en ce sens au cours d'une période de 6 mois – 36 % de la population de 15 ans et plus –, c'est près de 4 sur 10 (37 %) qui y ont eu recours, les femmes davantage que les hommes, bien que ces derniers l'aient fait dans une proportion non négligeable.

Les données de l'enquête indiquent aussi que le recours à ce type de méthodes est plus élevé chez les personnes présentant diverses caractéristiques de vulnérabilité : les hommes et les femmes dont les revenus sont plus faibles ou qui les considèrent comme tels, et les femmes vivant seules ou en situation de monoparentalité.

Soulignons que le recours à ces méthodes est répandu chez les personnes obèses ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids, alors que 44 % d'entre elles ont fait appel à au moins une de ces méthodes durant une période de 6 mois. Parmi les personnes ayant tenté de perdre du poids, c'est presque une personne sur deux (45 %) qui a eu recours à ces méthodes. La popularité à l'égard de ces méthodes est également loin d'être négligeable chez les personnes de poids normal ou qui se considèrent comme telles – parmi la population à l'étude, le tiers des femmes et le quart des hommes ont fait appel à au moins une de ces méthodes – ainsi que chez les personnes ayant tenté de maintenir leur poids – le quart d'entre elles y ont fait appel.

Les analyses présentées dans ce bulletin étant essentiellement descriptives, il serait intéressant de faire des analyses plus poussées afin d'identifier les principales caractéristiques associées au recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé chez les personnes qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids. La réalisation d'analyses tenant compte de plusieurs caractéristiques de façon simultanée permettrait d'évaluer plus finement l'effet net de celles susceptibles de prédire l'appartenance de ces personnes au groupe ayant eu recours à ce type de méthodes.

Que suggèrent les résultats présentés dans ce bulletin? D'abord, ils confirment le besoin de poursuivre les activités de surveillance et de recherche sur les méthodes adoptées par les personnes afin de perdre du poids ou de maintenir leur poids. En effet, la pertinence de ces activités est justifiée par plusieurs raisons. Considérant la prévalence élevée du surplus de poids au Québec, qui concerne une personne sur deux en 2008¹⁵, et que des enquêtes indiquent une croissance de l'embonpoint et de l'obésité dans la population¹⁶, c'est une proportion importante de personnes qui pourrait avoir recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé afin d'atteindre un objectif à l'égard de son poids. Qui plus est, le résultat selon lequel une proportion non négligeable de personnes de poids normal a eu recours à ces méthodes témoigne également de la pertinence de suivre l'évolution de ces indicateurs¹⁷.

Aussi, les données montrent une association entre le recours à ce type de méthodes et des indicateurs de santé et de bien-être. En effet, les personnes ne se percevant pas en bonne santé, celles qui sont insatisfaites de leur vie sociale, et celles se situant à un niveau élevé de détresse psychologique sont davantage susceptibles d'avoir fait usage de ces méthodes. Ces résultats tenant compte de la santé et du bien-être de ces personnes sont préoccupants étant donné l'innocuité non démontrée de ces méthodes, leur grande disponibilité sur le marché et leur faible efficacité. Ainsi, même si ces méthodes peuvent faciliter à l'occasion une perte de poids, leur succès est plutôt illusoire, puisque la perte est souvent suivie d'une reprise du poids¹⁸.

Les résultats de ce bulletin interpellent de nombreux acteurs, non seulement ceux de la santé mais aussi ceux des différents secteurs de la société qui agissent en amont et qui influencent les choix et les comportements liés à l'alimentation, à l'activité physique et à l'image de soi. De fait, la meilleure stratégie à l'égard du poids doit inclure la prévention, soit l'adoption d'un mode de vie physiquement actif, une saine alimentation ainsi que la promotion d'une diversité d'images corporelles.

Le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012: Investir pour l'avenir*¹⁹, élaboré conjointement par sept ministères et trois organismes du gouvernement du Québec, comprend plusieurs mesures à cet égard²⁰. Ce plan a comme objectif principal d'instaurer un environnement qui favorise de saines habitudes de vie. Un

15. Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON, *op. cit.*

16. M. VENNE, L. MONGEAU, J. STRECKO, M.-C. PAQUETTE et J. LAGUÉ (2008), *Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 88 p.

17. Notons qu'environ une personne sur quatre de poids normal a tenté, au cours d'une période de référence de six mois, de perdre du poids ou de maintenir son poids (15 %, perdre du poids; 9 %, maintenir le poids). Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON, *op. cit.*

18. M. VENNE, L. MONGEAU, J. STRECKO, M.-C. PAQUETTE et J. LAGUÉ, *op. cit.*

19. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006), *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012: Investir pour l'avenir*, Québec, 50 p.

20. Pour plus de détails sur ce plan et sur d'autres actions menées en Europe, aux États-Unis et au Canada, consulter : M. TREMBLAY (2011), *L'obésité préoccupation mondiale de santé publique*, Québec, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, ENAP, 22 p. [En ligne]. [www.leppm.enap.ca/leppm/1092/Sante.enap] (Consulté le 20 avril 2011).

des axes est d'améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids par l'instauration d'un système d'orientation et de soutien pour ces personnes, la formation continue des intervenants et des professionnels de la santé et la mise en place de mesures pour mieux encadrer l'industrie des produits, des

services et des moyens amaigrissants, entre autres. Quant au dernier élément, un encadrement rigoureux et continu de ces produits est nécessaire afin d'éviter que la population déduise de façon erronée qu'ils sont efficaces pour la perte de poids ou le maintien du poids.

À propos de l'enquête

Le principal objectif de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) est de dresser un portrait statistique de la santé de la population et de ses déterminants. Diverses thématiques ont été abordées dans cette enquête dont la perception de l'état de santé, la santé et l'hygiène buccodentaire, le poids et la perception de son apparence physique, les blessures dues et non dues à des mouvements répétitifs, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, la détresse psychologique et le suicide. L'enquête a été menée par l'Institut de la statistique du Québec et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La population visée est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant au Québec dans un ménage privé. À l'aide d'une entrevue téléphonique, un questionnaire a été administré à plus de 38 000 personnes pendant un an dans 16 régions sociosanitaires du Québec, assurant ainsi une représentativité des données à l'échelle régionale. Les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne sont pas couvertes par l'enquête.

Pour en savoir plus sur l'enquête, veuillez consulter le site Web suivant :

www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq_sante_pop_rapport.htm.

Pour accéder aux fichiers de microdonnées de cette enquête, vous pouvez vous adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'aide du site Web (www.stat.gouv.qc.ca/sad/acces_microdonnees.htm) ou par téléphone (514 343-2299).

Ce bulletin est réalisé par la **Direction des statistiques de santé** en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :
Nicole Descroisselles, révision linguistique
Marie-Eve Cantin, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :
Linda Cazale
Direction des statistiques de santé
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante :
www.stat.gouv.qc.ca

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6124)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2011
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006