

# La santé recherchée

Bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière

Volume 14 Numéro 2

Juillet 2016



## La perception des Nord-Côtiens au regard de leur poids corporel d'après les données de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010

### Présentation

Ce numéro s'intéresse à la perception qu'ont les Nord-Côtiens de leur poids corporel. Plus précisément, il vise à déterminer dans quelle mesure ils se voient conformément à leur statut pondéral en vertu de leur indice de masse corporelle (IMC). Les résidents de la Côte-Nord perçoivent-ils leur poids de manière réaliste? Ont-ils tendance à le minimiser ou, au contraire, se voient-ils plus lourds qu'ils ne le sont? Le lecteur intéressé d'en apprendre bien davantage est invité à consulter le rapport thématique de cette enquête consacré au poids corporel qui sera déposé sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord dès sa parution.

### Méthodologie en bref

- La population ciblée : ensemble des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, capables de s'exprimer en français ou en anglais et pouvant être joints par téléphone, à l'exception de la population vivant dans les réserves autochtones. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être appliqués aux Autochtones nord-côtiens vivant dans les réserves.
- Un total de 3 718 Nord-Côtiens adultes ont été joints dans les sept territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) visés par l'enquête selon le découpage territorial de l'époque : Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier, Sept-Îles, Minganie, Basse-Côte-Nord et Hématite.
- Les entrevues téléphoniques ont été réalisées par la firme Léger Marketing entre les 3 mai et 19 août 2011. Chaque CSSS a reçu, à l'automne 2012, un document rédigé par les analystes de la firme qui présente les principaux résultats de son territoire. Ces rapports peuvent tous être consultés sur le site Web du CISSS de la Côte-Nord.
- Pour diverses considérations, les résultats de l'ESCN 2010 ne peuvent pas être directement comparés à ceux d'autres enquêtes fédérales ou québécoises.
- Dans l'ESCN 2010, compte tenu de la nature même de cette enquête<sup>1</sup>, une association significative entre deux phénomènes (variables) ne doit pas être interprétée comme une relation de cause à effet.

---

1. Dans le jargon de la recherche, on parle d'une enquête transversale, c'est-à-dire une enquête réalisée à un moment précis dans le temps auprès d'une population particulière. Une enquête transversale ne permet pas d'identifier des liens de cause à effet entre les phénomènes étudiés.

- Le statut pondéral est fondé sur l'indice de masse corporelle (IMC), mesure couramment employée dans les enquêtes de santé pour estimer l'adiposité corporelle à l'échelle d'une population à partir de questions sur le poids et la taille<sup>[1-3]</sup>. Cet indice se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. La classification actuelle du poids corporel, adoptée par Santé Canada en 2003, reprend celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définie en 1995. Les seuils proposés par l'OMS constituent maintenant la norme internationale. Pour l'Asie cependant, l'OMS recommande des seuils moindres. En vertu de ces seuils, le statut pondéral se définit ainsi : IMC < 18,5 (Poids insuffisant); 18,5 ≤ IMC < 25,0 (Poids normal); 25,0 ≤ IMC < 30,0 (Embonpoint); IMC ≥ 30,0 (Obésité). L'excès de poids correspond donc à un IMC supérieur ou égal à 25,0.
- La question sur la perception du poids corporel est empruntée à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Elle a été posée à l'ensemble des répondants à l'exception des femmes de 18 à 49 ans qui étaient enceintes au moment de l'enquête. Les réponses sont réparties en trois catégories : trop maigre, à peu près normal, embonpoint.
- Les personnes qui n'ont pas rapporté leur taille ou leur poids (2 % des répondants) sont exclues des analyses. Il en est de même des femmes de 18 à 49 ans qui n'ont pas répondu à la question si elles étaient enceintes au moment de l'enquête (0,2 % des répondantes de ce groupe d'âge).
- Dans cette enquête, la sous-estimation du poids réfère à une situation où une personne ayant un poids normal pense être trop maigre ou lorsqu'un individu en embonpoint ou obèse juge son poids comme normal, voire même insuffisant. Au contraire, une personne surestime son poids si elle dit faire de l'embonpoint, alors qu'elle a un poids normal, ou quand elle affirme être en embonpoint ou avoir un poids normal quand son statut pondéral correspond à un poids insuffisant<sup>[4-8]</sup>.
- Une variable à trois catégories se rapporte à la concordance entre le poids perçu et le statut pondéral : sous-estimation, surestimation, concordance.

### ***Limites dans l'interprétation***

Les proportions présentées sont brutes. Elles n'ont pas été ajustées pour éliminer les effets de structures d'âge différentes entre divers sous-groupes ou entre les territoires de réseaux locaux de services (RLS) et le reste de la Côte-Nord. Il est possible que des écarts significatifs s'expliquent par l'effet de structures d'âge différentes entre des sous-groupes. Cependant, l'inclusion de l'âge dans les analyses de régression logistique permet de contrôler son influence. Si ces écarts persistent, ils ne sont pas donc pas attribuables à un effet de l'âge.

La perception du poids corporel comporte une part de subjectivité. Nous n'avons pas d'indication des critères sur lesquels les répondants se sont basés pour se prononcer. Ainsi, nous ne savons pas s'ils l'ont fait sur la base d'une connaissance objective des standards utilisés pour catégoriser le poids corporel, à partir de normes de minceur véhiculées dans les médias, selon des critères personnels, d'après une évaluation d'un professionnel de la santé, etc.

Par ailleurs, contrairement à d'autres études, la question ne permet pas de connaître, parmi la population obèse, la proportion de gens qui considèrent effectivement l'être. Cette limitation a déjà été rapportée par d'autres<sup>[9-11]</sup>. Cet élément est important dans l'évaluation de l'adéquation entre le poids perçu et le statut pondéral réel. Il se peut donc qu'une proportion de personnes obèses soient erronément classées comme ayant une perception de leur poids conforme à leur statut pondéral alors que, dans les faits, elles le sous-estiment, c'est-à-dire qu'elles se perçoivent réellement en embonpoint au lieu de se voir comme étant obèses. Il est plausible toutefois que des répondants auraient démontré une certaine réticence à rapporter faire de l'obésité, ou être « très en embonpoint » si ce choix avait été disponible<sup>[5, 12]</sup>, et ce, pour diverses raisons dont les préjugés sociaux et la discrimination dont les personnes obèses peuvent faire l'objet. Cela les amène parfois à se percevoir légèrement en embonpoint<sup>[5]</sup> ou carrément nier faire de l'obésité<sup>[13]</sup>. Le terme même d'obésité suscite parfois un rejet chez des patients lorsque des professionnels de la santé leur donnent des conseils en lien avec leur excès de poids<sup>[13, 14]</sup>. Enfin, avec cette enquête, nous ne pouvons non plus déterminer

la proportion des résidents nord-côtiers en embonpoint qui surestiment leur poids parce qu'ils se considéreraient comme obèses.

## Résultats

Selon les données de l'enquête, en 2010, environ 62 %<sup>2</sup> des adultes nord-côtiers évaluent leur poids comme à peu près normal, 36 % estiment faire de l'embonpoint et un peu moins de 2 % se voient comme trop maigres.

Sur la Côte-Nord, tous âges confondus, les données de l'enquête ne permettent pas d'identifier des écarts statistiques entre les hommes et les femmes quelle que soit la perception de leur poids. Il est possible cependant de dégager certaines observations.

- Les hommes tendent, un peu plus que les femmes, à considérer leur poids comme étant normal (64 % c. 61 %).
- Les individus qui jugent faire de l'embonpoint tendent à être légèrement moins nombreux chez les hommes (34 %) que chez les femmes (38 %).
- Pour leur part, environ \*2 %<sup>3</sup> des hommes se considèrent comme étant trop maigres; cette proportion se compare à celle enregistrée au sein de la population féminine (\*1,5 %).

Aux âges plus avancés toutefois, des différences émergent entre les sexes.

- Les hommes de 45 à 64 ans évaluent davantage leur poids comme normal que les femmes (62 % c. 54 %).
- Ils sont cependant proportionnellement moins nombreux que les femmes à penser faire de l'embonpoint (37 % c. 44 %).
- Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on enregistre le phénomène inverse. La proportion de ceux qui se voient en embonpoint s'avère plus élevée chez les hommes que chez les femmes (41 % c. 31 %). Enfin, les hommes de ce groupe d'âge sont moins portés que les femmes à dire que leur poids est normal (56 % c. 66 %) (données non présentées).

Au regard de la concordance entre le poids perçu et le poids effectif, calculé selon l'IMC, les résultats selon diverses variables de croisement sont présentés au tableau 1. La concordance entre le poids perçu et le statut pondéral diffère selon le sexe. La sous-estimation du statut pondéral constitue un phénomène plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (42 % c. 19 %). Ils sont par contre proportionnellement moins nombreux que ces dernières à surestimer leur poids (\*1,7 % c. 5 %) ou à l'évaluer réalistement (57 % c. 76 %).

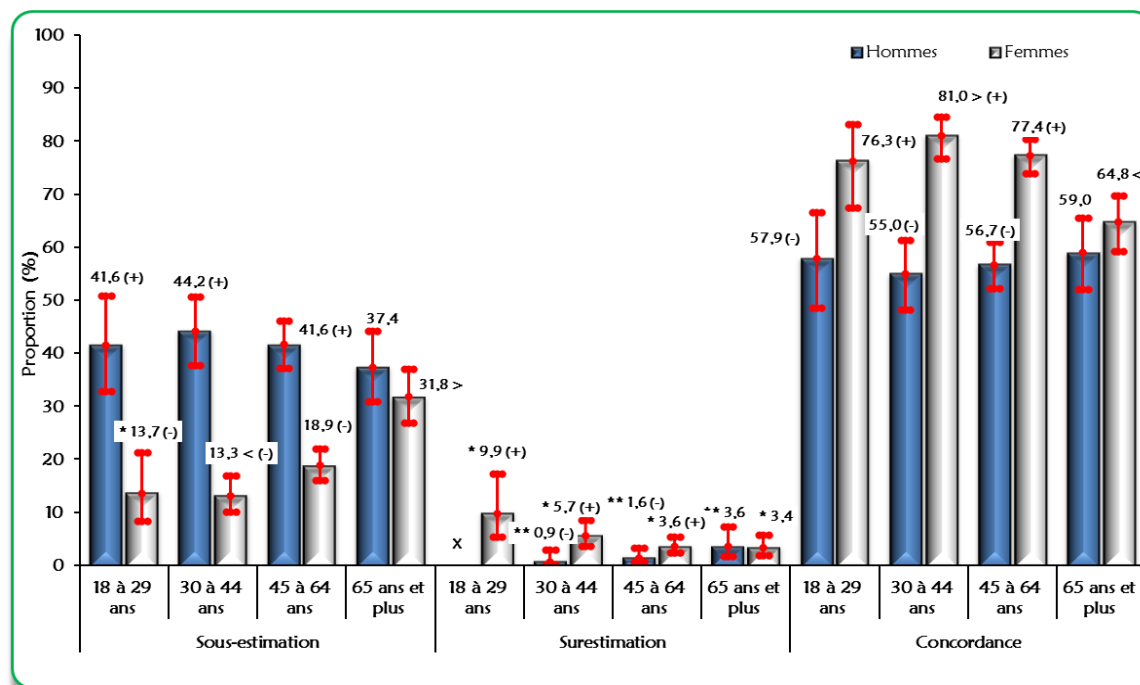
La figure 1 montre que la proportion d'hommes qui sous-estiment leur poids corporel surpasse significativement celle des femmes dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 65 ans et plus où, cependant, on identifie la même tendance. Par ailleurs, la plus forte propension des femmes à exprimer une perception réaliste de leur poids (concordance) se manifeste aussi dans tous les groupes d'âge de moins de 65 ans. Chez les aînés, le poids perçu tend davantage à correspondre au statut pondéral chez les femmes que chez les hommes (65 % c. 59 %), mais l'écart demeure insuffisant pour être déclaré significatif au plan statistique.

---

2. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % sont habituellement arrondis à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les figures et les tableaux. Dans les figures, les barres verticales I correspondent à l'intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une plage de valeurs ayant 19 chances sur 20 d'inclure la vraie proportion que l'on aurait obtenue si on avait interrogé toute la population adulte régionale. Plus l'intervalle est étroit, plus l'estimation produite par l'ESCN 2010 est précise. En revanche, de larges intervalles indiquent une moins bonne précision. Il faut se rappeler que des données issues d'une enquête comme l'ESCN 2010, où on interroge qu'une partie seulement de la population, constituent des estimations de la réalité et non des valeurs « exactes ».

3. Une proportion accompagnée d'un astérisque signifie que son coefficient de variation est supérieur à 16,66 %, mais égal ou inférieur à 33,33 %. Elle s'avère relativement imprécise et doit être interprétée avec prudence.

Figure 1 : Concordance entre le poids perçu et poids réel selon l'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.  
 Compilation : Yves Therriault, Ph.D.  
 < ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'ensemble des autres groupes d'âge du même sexe au seuil de 5 %. Les tests sont ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples (correction de Bonferroni).  
 (+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.  
 \* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les données ne font pas ressortir de variations selon l'âge dans l'ensemble de la population adulte visée par l'enquête (tableau 1) ou chez les hommes (figure 1). En contrepartie, du côté des femmes, on observe des différences significatives entre les groupes d'âge.

- Chez celles de 30 à 44 ans, plus de huit sur dix (81 %) évaluent leur poids en concordance avec leur statut pondéral. Cette proportion surpasse celle enregistrée parmi l'ensemble des autres Nord-Côtières (74 %) (donnée non présentée).
- Par contre, les femmes de 65 ans et plus se révèlent, en proportion, moins nombreuses à se percevoir réalistement (65 %) (figure 1) que celles de moins de 65 ans (78 %).
- L'inverse est aussi vrai. Toutes proportions gardées, les femmes de 65 ans et plus sous-estiment leur poids dans une plus forte proportion (32 %) que celles de 18 à 64 ans (16 %). La sous-estimation du poids se rencontre moins fréquemment chez les femmes de 30 à 44 ans (13 %) que chez les autres Nord-Côtières (21 %).

### Caractéristiques associées à une probabilité accrue ou moindre de sous-estimer son poids corporel

Les constats précédents relatifs à la concordance du poids perçu et le statut pondéral réel reposent sur des analyses bidimensionnelles. Pour identifier des caractéristiques associées au fait que certains Nord-Côtières en embonpoint, obèses ou ayant une surcharge pondérale sous-estiment leur poids (versus le fait de s'évaluer correctement), nous avons élaboré des modèles de régression logistique séparément pour les hommes et les femmes. Ces modèles sont corrigés pour tenir compte des effets simultanés de l'âge, du revenu, de la scolarité

et de la perception de l'état de santé en général. Les résultats détaillés apparaissent aux tableaux 10 à 12 dans le rapport thématique.

Le tableau 2 synthétise les résultats obtenus. Plus spécifiquement, il fait ressortir, pour les hommes et les femmes, les caractéristiques associées à un risque accru ou moindre que les personnes en embonpoint, obèses, en surcharge pondérale (embonpoint ou obésité) sous-estiment leur poids. Rappelons qu'il n'est pas nécessaire de présenter chacune de ces caractéristiques pour avoir un risque augmenté ou moindre.

- Par exemple, concernant l'obésité, les caractéristiques significativement associées à une augmentation du risque (catégories de référence entre parenthèses) de sous-estimer son poids corporel sont :
  - ✓ Chez les hommes :
    - pas de diplôme universitaire (diplôme universitaire)
  - ✓ Chez les femmes :
    - revenu du ménage inférieur à 40 000 \$ par année (revenu familial de 80 000 \$ et plus)
    - pas de diplôme d'études secondaires (diplôme universitaire)
- Les caractéristiques associées à un risque moindre (catégories de référence entre parenthèses) de sous-estimer son poids sont :
  - ✓ Chez les hommes :
    - peu actif (actifs)
  - ✓ Chez les femmes :
    - hypertension artérielle (pas d'hypertension)

Par exemple, après un ajustement pour l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de l'état de santé, les hommes obèses sans diplôme universitaire sont plus enclins à sous-estimer leur poids que ceux qui détiennent un tel diplôme. En regard des hommes obèses actifs durant les loisirs, la population masculine obèse et sédentaire s'avère moins sujette à sous-estimer son poids corporel.

## Éléments de réflexion pour l'action

Le poids corporel constitue l'un des déterminants associés à l'état de santé d'une personne. La littérature scientifique a amplement démontré que le surplus de poids, mais particulièrement l'obésité, sont des facteurs de risque de développement de problèmes chroniques de santé. Cela est d'autant plus vrai lorsque ces conditions s'accompagnent, par exemple, d'une habitude de vie préjudiciable pour la santé comme l'inactivité physique<sup>[15, 16]</sup>. Parmi ces problèmes de santé, on pense plus spécifiquement au diabète<sup>[17-20]</sup>, à l'hypertension artérielle<sup>[20-25]</sup>, et à certains types de cancer<sup>[20, 26]</sup>.

Les problèmes liés au poids corporel comportent une autre facette : le désir excessif de minceur<sup>[27]</sup>, soutenu, entre autres, par l'importance de l'image corporelle dans la culture moderne qui valorise la minceur<sup>[28]</sup>, plus particulièrement chez les femmes<sup>[29]</sup>, et qui propose des idéaux-types de personnes auxquels très peu de gens correspondent. Cette image est particulièrement véhiculée dans les médias et dans les séries télévisées où les personnages en surpoids sont plus susceptibles d'être présentés sous une connotation négative<sup>[30]</sup>. L'idéal de minceur peut se traduire par le désir de maigrir, même chez une personne de poids normal, ainsi que par une préoccupation excessive à l'égard du poids. Dans le cas des hommes, les idéaux corporels se manifestent davantage par un désir d'être plus musclé que mince<sup>[1]</sup>.

L'évaluation de la discordance entre le poids perçu et le poids réel se justifie du fait que la perception de son propre poids peut jouer un rôle dans la décision des actions à entreprendre. On estime qu'une personne atteinte d'embonpoint ou d'obésité sera davantage encline à adopter des comportements favorisant un meilleur contrôle de son poids si elle se perçoit conformément à son statut pondéral réel<sup>[7, 31-38]</sup>. Les écarts entre le poids perçu et le statut pondéral pourraient être associés à une méconnaissance du poids à atteindre pour se retrouver dans la catégorie « poids santé », voire même à une volonté claire de l'atteindre<sup>[4, 6, 12, 34-36, 39-41]</sup>.

Les analyses réalisées pour les fins du rapport tendent donc à confirmer l'importance de miser à la fois sur le contrôle du poids corporel et sur l'activité physique dans les interventions de prévention et de promotion de la santé destinées à améliorer l'état de santé de la population et à prévenir l'émergence de problèmes de santé, dont le diabète et l'hypertension. Selon des chercheurs<sup>[15]</sup>, il faut trouver des façons d'amener les individus sédentaires à devenir physiquement actifs, que ce soit dans une perspective de contrôle de poids ou de promotion de la santé. À cet égard, ils recommandent environ 30 minutes d'activité physique modérée par jour, à raison de cinq jours par semaine.

Il importe aussi de se préoccuper de l'obésité. L'idéal demeure, bien sûr, d'être à la fois actif et de conserver un poids normal. Cependant, perdre du poids et conserver cette baisse, par l'adoption d'un mode de vie physiquement actif, apparaît un objectif plus atteignable pour la majorité des personnes obèses. Un tel message de santé publique conviendrait davantage que d'insister sur l'atteinte du poids normal. Il est reconnu qu'un amaigrissement, même modeste, soit de l'ordre de 5 % à 10 %, chez les individus en embonpoint ou obèses, est bénéfique pour la santé<sup>[39]</sup>. À cette fin, on devrait d'abord promouvoir des exercices d'intensité moyenne, comme la marche, particulièrement auprès des personnes sédentaires. Une fois qu'un individu serait accoutumé de pratiquer de l'exercice régulièrement et aurait atteint un certain niveau de forme physique, il pourrait s'adonner ensuite à des activités physiques plus rigoureuses qui entraînent une plus forte dépense énergétique. Le médecin traitant devrait être consulté à ce sujet<sup>[42]</sup>.

Or, pour favoriser de tels changements qui pourraient permettre aux personnes en embonpoint ou obèses d'abaisser leur poids, sinon de le maintenir, et ainsi de mieux contrôler des maladies comme le diabète ou l'hypertension, voire de réduire les risques qu'elles surviennent, plusieurs études déjà citées démontrent qu'il faut que les gens se sentent interpellés. Pour ce faire, une des clés résiderait dans la perception juste ou correcte de leur poids, sans quoi les messages de promotion de la santé et de saines habitudes de vie, entre autres au regard de l'activité physique et d'une saine alimentation<sup>[4]</sup>, risquent d'être inefficaces<sup>[5, 39, 43]</sup>. En effet, les personnes qui sous-estiment leur poids peuvent alors s'imaginer que ce type de message s'adresse à quelqu'un d'autre<sup>[6]</sup>.

Une proportion appréciable de la population nord-côtière (31 %) sous-estime son poids. Lorsqu'on ventile cette information selon le statut pondéral, on s'aperçoit que 63 % des individus qui font de l'embonpoint se considèrent moins pesants qu'ils ne le sont d'après leur IMC; ils croient avoir un poids normal ou, à l'extrême, être trop maigres (tableau 1). La proportion élevée de sous-estimation du poids chez les gens en embonpoint pourrait peut-être s'expliquer, en partie, par une bonne santé relative dans la mesure où ces personnes n'auraient pas encore développé de problèmes chroniques de santé comme le diabète ou l'hypertension, surtout dans le cas de ceux dont l'IMC se situe tout juste au-dessus du seuil définissant l'embonpoint<sup>[39]</sup>.

D'autres analyses révèlent que la sous-estimation du poids corporel s'avère un facteur fortement associé à différentes actions au regard du poids corporel, en prenant en considération les effets conjoints de l'âge, du sexe, du revenu, de la scolarité et de la perception de l'état de santé en général. Ainsi, les résidents nord-côtières qui sous-estiment leur poids sont beaucoup moins susceptibles d'avoir entrepris d'en perdre dans les six mois précédents l'enquête comparativement à ceux qui se perçoivent conformément à leur statut pondéral. Ce lien significatif persiste chez les hommes en embonpoint ou obèses ainsi que chez les femmes en embonpoint (données non présentées). Exprimé autrement, les hommes et les femmes en embonpoint ainsi que les hommes obèses qui jugent faire de l'embonpoint sont plus susceptibles d'avoir essayé de maigrir que les personnes des mêmes groupes qui affirment avoir un poids normal ou être trop maigres.

Cependant, les actions ou les messages destinés à favoriser une perception réaliste de son poids ne doivent pas engendrer des effets indésirables, notamment au regard d'une préoccupation excessive à l'égard du poids. Cela peut se produire, entre autres, lorsque des personnes ayant pourtant un poids normal emploient des méthodes pour l'abaisser. Certaines de ces méthodes peuvent parfois représenter un potentiel de dangerosité pour la santé. Cependant, dans le cas de la Côte-Nord, le risque semble faible puisque au-delà de 90 % des individus qui affichent un poids normal jugent avoir un poids normal.

Enfin, dans le rapport thématique sur le poids corporel de la population nord-côtière, des résultats d'études sur le passage du statut « poids normal » à l'embonpoint et à l'obésité ont été présentés. Dans une perspective préventive au plan de la santé, et pour éviter aussi un gain de poids appréciable qui conduirait vers l'embonpoint et l'obésité, il importe que les personnes de poids normal adoptent elles aussi de saines habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activités physiques de loisir.

**Tableau 1 : Concordance entre le poids perçu et le poids corporel autodéclaré  
selon certaines caractéristiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010  
(%)**

	Sous-estimation du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Surestimation du poids	Intervalle de confiance de 95 %	Poids perçu correspond au statut pondéral	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>						
Hommes	41,7 >	[38,6 – 44,8]	* 1,7 <	[1,1 – 2,6]	56,6 <	[53,5 – 59,7]
Femmes	19,3 <	[17,3 – 21,4]	5,0 >	[3,9 – 6,4]	75,7 >	[73,3 – 77,9]
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 29 ans	29,8	[24,0 – 36,4]	* 4,5	[2,5 – 7,9]	65,7	[59,1 – 71,8]
30 à 44 ans	29,4	[25,5 – 33,7]	* 3,2	[2,1 – 4,7]	67,4	[63,1 – 71,4]
45 à 64 ans	30,9	[28,1 – 33,8]	* 2,6	[1,8 – 3,7]	66,6	[63,6 – 69,4]
65 ans et plus	34,5	[30,5 – 38,8]	* 3,5	[2,2 – 5,5]	62,0	[57,7 – 66,2]
<b>Revenu</b>						
Moins de 20 000 \$	31,1	[25,6 – 37,2]	* 3,2	[1,7 – 5,8]	65,7	[59,6 – 71,3]
De 20 000 à 39 000 \$	29,9	[26,0 – 34,1]	* 3,8	[2,4 – 6,0]	66,3	[61,9 – 70,4]
De 40 000 à 59 000 \$	36,7	[31,9 – 41,8]	* 3,0	[1,7 – 5,3]	60,3	[55,2 – 65,2]
De 60 000 à 79 000 \$	29,1	[24,2 – 34,6]	* 3,6	[2,0 – 6,5]	67,3	[61,7 – 72,4]
80 000 \$ et plus	29,6	[26,0 – 33,5]	* 3,0	[2,0 – 4,4]	67,4	[63,6 – 71,1]
<b>Scolarité</b>						
Moins d'un 5 <sup>e</sup> secondaire	35,0 >	[31,2 – 39,0]	* 2,7	[1,6 – 4,5]	62,2	[58,2 – 66,1]
Diplôme d'études secondaires	34,3 >	[30,7 – 38,1]	* 3,1	[2,1 – 4,7]	62,5 <	[58,7 – 66,2]
Diplôme d'études collégiales	29,4	[25,8 – 33,4]	* 3,3	[2,2 – 4,9]	67,3	[63,3 – 71,0]
Diplôme universitaire	20,8 <	[16,8 – 25,5]	* 4,6	[2,8 – 7,4]	74,6 >	[69,7 – 79,0]
<b>Statut matrimonial</b>						
Marié(e)/Union de fait	30,5	[28,1 – 33,0]	3,3	[2,5 – 4,3]	66,2	[63,7 – 68,6]
Célibataire/Jamais marié(e)	29,2	[24,6 – 34,2]	* 4,2	[2,6 – 6,8]	66,6	[61,4 – 71,3]
Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve)	35,2	[30,5 – 40,2]	* 2,1	[1,1 – 3,9]	62,7	[57,7 – 67,4]
<b>Statut pondéral<sup>1</sup></b>						
Poids insuffisant	X	---	76,2 >	[62,7 – 85,9]	* 23,8 <	[14,1 – 37,3]
Poids normal	* 3,0 <	[2,0 – 4,4]	5,6 <	[4,3 – 7,3]	91,4 >	[89,3 – 93,1]
Embonpoint	62,6 >	[59,5 – 65,6]	X	---	37,4 <	[34,4 – 40,5]
Obésité	18,0 <	[14,9 – 21,6]	X	---	82,0 >	[78,4 – 85,1]
<b>Hommes<sup>1</sup></b>						
Poids insuffisant	X	---	§	---	§	---
Poids normal	* 4,4 <	[2,5 – 7,7]	* 4,6 <	[2,7 – 7,7]	91,0 >	[87,0 – 93,9]
Embonpoint	70,7 >(+)	[66,7 – 74,5]	X	---	29,3 <(-)	[25,5 – 33,3]
Obésité	22,5 <(+)	[17,7 – 28,1]	X	---	77,5 >(-)	[71,9 – 82,3]
<b>Femmes<sup>1</sup></b>						
Poids insuffisant	X	---	80,2 >	[65,9 – 89,4]	* 19,8 <	[10,6 – 34,1]
Poids normal	* 2,1 <	[1,2 – 3,6]	6,3 <	[4,7 – 8,4]	91,6 >	[89,2 – 93,5]
Embonpoint	48,8 >(-)	[44,3 – 53,3]	X	---	51,2 <(+)	[46,7 – 55,7]
Obésité	12,0 <(-)	[9,0 – 15,9]	X	---	88,0 >(+)	[84,1 – 91,0]
<b>Diabétique</b>						
Oui	34,2	[28,4 – 40,5]	** 1,7	[0,8 – 3,6]	64,1	[57,8 – 70,0]
Non	30,8	[28,7 – 32,9]	3,4	[2,7 – 4,3]	65,8	[63,7 – 67,9]
<b>Hypertension artérielle</b>						
Oui	30,1	[26,3 – 34,2]	* 2,4	[1,4 – 4,2]	67,5	[63,3 – 71,4]
Non	31,2	[29,0 – 33,6]	3,5	[2,7 – 4,4]	65,3	[62,9 – 67,5]
<b>Ensemble de la Côte-Nord</b>	<b>31,1</b>	<b>[29,1 – 33,1]</b>	<b>3,3</b>	<b>[2,6 – 4,1]</b>	<b>65,7</b>	<b>[63,6 – 67,6]</b>

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

< ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories de la variable, au seuil de 5 %. Pour les variables de croisement ayant plus de deux catégories, en présence d'une association significative globale au plan statistique, des tests au seuil usuel de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil varie suivant le nombre de catégories de la variable.

\* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit être interprétée avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. Valeur imprécise fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée infime ou inexistante.

1. Les gens de poids insuffisant ou de poids normal sont uniquement comparés l'un à l'autre au regard de la proportion de ceux qui surestiment leur poids puisqu'il n'était pas possible d'obtenir la proportion de ceux qui se considèrent comme obèses alors qu'ils font de l'embonpoint. En d'autres termes, l'enquête ne permet pas d'obtenir la proportion des résidents nord-côtiers en embonpoint qui surestiment leur poids.

NOTE : En raison de l'arrondissement des données, la somme des parties peut ne pas évaluer tout à fait 100 %.

**Tableau 2 : Synthèse des associations<sup>1</sup> entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et la sous-estimation du poids corporel<sup>2</sup> chez les personnes en embonpoint, obèses ou en surplus de poids selon le sexe et le niveau de risque<sup>3</sup>, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010**

	Hommes	Femmes
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque plus élevé de sous-estimer son poids<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	18 à 29 ans *** ou 30 à 44 ans (65 ans et plus) Ménage ayant un revenu de 40 000 à 60 000 \$ (revenu de 80 000 \$ et plus)	RLS de Caniapiscau *** ou RLS de la Minganie *** (RLS de la Basse-Côte-Nord)
Personne obèse	Tous les niveaux de scolarité inférieures à un diplôme universitaire (diplôme universitaire)***	Ménage ayant un revenu de moins de 20 000 \$ *** ou un revenu de 20 000 \$ à 40 000 \$ *** (revenu de 80 000 \$ et plus) Pas de diplôme d'études secondaires *** (diplôme universitaire)
Personne en surplus de poids (Embonpoint ou obèse)	18 à 29 ans (65 ans et plus) RLS de Manicouagan (RLS de la Basse-Côte-Nord) Ménage ayant un revenu de 40 000 \$ à 60 000 \$ (revenu de 80 000 \$ et plus)	RLS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles, de Caniapiscau, de la Minganie (RLS de la Basse-Côte-Nord)
<b>Statut pondéral</b>	<b>Risque moins élevé de sous-estimer son poids<sup>3</sup></b>	
Personne en embonpoint	Ex-fumeur récent/Ancien fumeur (N'a jamais fumé) Peu actif (actif)	45 à 64 ans (65 ans et plus) Sédentaire (active)
Personne obèse	Peu actif (actif)	Hypertension artérielle (pas d'hypertension)
Personne en surplus de poids (Embonpoint ou obèse)	Hypertension artérielle (pas d'hypertension) Peu actif (actif)	30 à 44 ans ou 45 à 64 ans (65 ans et plus) Hypertension artérielle (pas d'hypertension) Sédentaire (active). Les deux variables : 2 catégories et 4 catégories).

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

Tableau inspiré de : Martel, S., Lo, E., Harmel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C. et C. Steensma. (2014). *Poids corporel chez les adultes québécois*. Collection Fardeau du poids corporel. Institut national de santé publique du Québec. (Tableau 2, p. 18).

\*\*\* Les intervalles de confiance des rapports de cotes sont très larges, ce qui dénote une forte variabilité.

- Selon les résultats des analyses de régression logistique présentées aux tableaux 10 à 12 du rapport thématique. Le rapport de cotes mesure la force de l'association entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière (la catégorie de référence est entre parenthèses) et le fait de sous-estimer son poids corporel (versus celui de percevoir correctement son poids) chez les personnes en embonpoint, obèses, en excès de poids. Les rapports de cotes sont ajustés pour considérer l'effet de l'âge, du revenu, de la scolarité et de la perception de son état de santé. Lorsque l'une des caractéristiques s'avère aussi une des variables contrôle, les rapports de cotes sont ajustés selon les autres facteurs confondants. Par ailleurs, lorsque l'on parle d'une association significative, on ne peut pas nécessairement en déduire une relation de cause à effet en raison de la nature même de l'Enquête Santé Côte-Nord qui ne permet pas de tirer ce genre de conclusion.
- Catégorie de référence : perception du poids correspondant au statut pondéral calculé d'après l'indice de masse corporelle (concordance).
- On parle de risque plus élevé lorsque les rapports de cotes sont supérieurs à 1 et significatifs au seuil de 5 %. Le risque est plus faible si les rapports de cotes sont significativement inférieurs à 1, au seuil de 5 %. Le risque est semblable quand les rapports de cotes ne sont pas significativement différents de 1, au seuil de 5 %. Les caractéristiques associées à un risque semblable ne sont pas présentées. Ici, nous employons le terme « risque » au sens de « propension », car les rapports de cotes fournis par la régression logistique n'équivalent pas à un risque relatif lorsque la prévalence du phénomène concerné est relativement grande (5 % à 10 % et plus).

Note : Façon de lire le tableau. Chaque caractéristique doit être considérée indépendamment des autres. Par exemple, après un ajustement pour l'âge, le revenu, la scolarité et la perception de son état de santé, les hommes en embonpoint de 18 à 29 ans et de 30 à 44 ans sont plus susceptibles de sous-estimer leur poids que ceux âgés de 65 ans et plus. Les hommes obèses et peu actifs sont moins enclins à sous-estimer leur poids que les hommes obèses actifs.



## Références

1. Martel, S., E. Lo, D. Hamel *et al* : **Poids corporel et santé chez les adultes québécois**. *Coll. Fardeau du poids corporel* 2014 : 24 p.
2. Engstrom, J. L., S. A. Paterson, A. Doherty *et al* : **Accuracy of self-reported height and weight in women : an integrative review of the literature**. *J Midwifery Womens Health* 2003, **48**(5) : 338-345.
3. John, U., M. Hanke, J. Grothues *et al* : **Validity of overweight and obesity in a nation based on self-report versus measurement device data**. *European Journal of Clinical Nutrition* 2006, **60**(3) : 372-377.
4. Duncan, D. T., K. Y. Wolin, M. Scharoun-Lee *et al* : **Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults**. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011, **8** : 20.
5. Gregory, C. O., H. M. Blanck, C. Gillespie *et al* : **Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight**. *Obesity (Silver Spring)* 2008, **16**(5) : 979-986.
6. Kuchler, F., J. Variyam : **Mistakes were made: misperception as a barrier to reducing overweight**. *International Journal of Obesity* 2003, **27**(7) : 856-861.
7. Lewis, D. W., G. R. Dutton, O. Affuso : **Physical characteristics associated with weight misperception among overweight and obese men : NHANES 1999-2006**. *Obesity (Silver Spring)* 2015, **23**(1) : 242-247.
8. Yaemsiri, S., M. M. Slining, S. K. Agarwal : **Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults: the NHANES 2003-2008 Study**. *International Journal of Obesity (2005)* 2011, **35**(8) : 1063-1070.
9. Chang, V. W., N. A. Christakis : **Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards**. *Journal of General Internal Medicine* 2001, **16**(8) : 538-543.
10. Chang, V. W., N. A. Christakis : **Self-perception of weight appropriateness in the United States**. *American Journal of Preventive Medicine* 2003, **24**(4) : 332-339.
11. Yost, J., B. Krainovich-Miller, W. Budin *et al* : **Assessing weight perception accuracy to promote weight loss among U.S. female adolescents : a secondary analysis**. *BMC Public Health* 2010, **10** : 465.
12. Truesdale, K. P., J. Stevens : **Do the obese know they are obese?** *North Carolina Medical Journal* 2008, **69**(3) : 188-194.
13. Wadden, T. A., E. Didie : **What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity**. *Obesity Research* 2003, **11**(9) : 1140-1146.
14. Volger, S., M. L. Vetter, M. Dougherty *et al* : **Patients' preferred terms for describing their excess weight : discussing obesity in clinical practice**. *Obesity (Silver Spring)* 2012, **20**(1) : 147-150.
15. Blair, S. N., T. S. Church : **The fitness, obesity, and health equation : is physical activity the common denominator?** *JAMA* 2004, **292**(10) : 1232-1234.
16. Pedersen, B. K. : **Body mass index-independent effect of fitness and physical activity for all-cause mortality**. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2007, **17**(3) : 196-204.
17. Agence de santé publique du Canada : **Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : synthèse de la recherche et des collaborations - Résultats des consultations**. Ottawa; 2005 : 80 p.
18. Agence de santé publique du Canada : **Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres**. Agence de la santé publique du Canada; 2011.
19. Émond, V., L. Rochette : **La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002**. Institut national de santé publique du Québec; 2005 : 16 p.
20. Tjepkema, M. : **Obésité chez les adultes**. *Rapports sur la santé* 2006, **17**(3) : 9-26.
21. Burger, J. P., E. H. Serne, F. Nolte *et al* : **Blood pressure response to moderate physical activity is increased in obesity**. *Netherlands Journal of Medicine* 2009, **67**(8) : 342-346.
22. Daniels, S. R. : **Obesity, vascular changes, and elevated blood pressure**. *Journal of the American College of Cardiology* 2012, **60**(25) : 2651-2652.
23. Field, A. E., E. H. Coakley, A. Must *et al* : **Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period**. *Archives of Internal Medicine* 2001, **161**(13) : 1581-1586.

24. Hu, G., N. C. Barengo, J. Tuomilehto *et al*: **Relationship of physical activity and body mass index to the risk of hypertension: a prospective study in Finland.** *Hypertension* 2004, **43**(1) : 25-30.
25. Wilson, P. W., R. B. D'Agostino, L. Sullivan *et al*: **Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience.** *Archives of Internal Medicine* 2002, **162**(16) : 1867-1872.
26. Krueger, H. A. : **Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada.** Mai 2008 : 73 p.
27. Cazale, L., R. Dufour, L. Mongeau *et al*: **Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants.** Institut de la statistique du Québec, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, 2010 : chapitre 7, p. 131-157.
28. Schwartz, M. B., H. O. Chambliss, K. D. Brownell *et al*: **Weight bias among health professionals specializing in obesity.** *Obesity Research* 2003, **11**(9) : 1033-1039.
29. Shields, M., S. C. Gorber, M. S. Tremblay : **Effets des mesures sur l'obésité et la morbidité.** *Rapports sur la santé* 2008, **19**(2) : 87-95.
30. Greenberg, B. S., M. Eastin, L. Hofschire *et al*: **Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television.** *American Journal of Public Health* 2003, **93**(8) : 1342-1348.
31. Agrawal, P., K. Gupta, V. Mishra *et al*: **A study on body-weight perception, future intention and weight-management behaviour among normal-weight, overweight and obese women in India.** *Public Health Nutrition* 2014, **17**(4) : 884-895.
32. Alwan, H., B. Viswanathan, F. Paccaud *et al*: **Is Accurate Perception of Body Image Associated with Appropriate Weight-Control Behavior among Adolescents of the Seychelles.** *Journal of Obesity* 2011, **2011** : 817242.
33. Bennett, G. G., K. Y. Wolin : **Satisfied or unaware? Racial differences in perceived weight status.** *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006, **3** : 40.
34. Dorsey, R. R., M. S. Eberhardt, C. L. Ogden : **Racial and ethnic differences in weight management behavior by weight perception status.** *Ethnicity and Disease* 2010, **20**(3) : 244-250.
35. Hendley, Y., L. Zhao, D. L. Coverson *et al*: **Differences in weight perception among blacks and whites.** *J Womens Health (Larchmt)* 2011, **20**(12) : 1805-1811.
36. Naghshizadian, R., A. A. Rahnemai-Azar, K. Kella *et al*: **Patient perception of ideal body weight and the effect of body mass index.** *Journal of Obesity* 2014, **2014** : 491280.
37. Rahman, M., A. B. Berenson : **Self-perception of weight and its association with weight-related behaviors in young, reproductive-aged women.** *Obstetrics and Gynecology* 2010, **116**(6) : 1274-1280.
38. Van Minnen, K., W. A. Davis, D. G. Bruce *et al*: **Accuracy, determinants, and consequences of body weight self-perception in type 2 diabetes : the Fremantle Diabetes Study.** *Journal of Diabetes and Its Complications* 2011, **25**(1) : 1-6.
39. Matthiessen, J., A. Biloft-Jensen, S. Fagt *et al*: **Misperception of body weight among overweight Danish adults : trends from 1995 to 2008.** *Public Health Nutrition* 2014, **17**(7) : 1439-1446.
40. Miller, E. C., M. R. Schulz, D. L. Bibeau *et al*: **Factors associated with misperception of weight in the stroke belt.** *Journal of General Internal Medicine* 2008, **23**(3) : 323-328.
41. Paeratakul, S., M. A. White, D. A. Williamson *et al*: **Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight.** *Obesity Research* 2002, **10**(5) : 345-350.
42. Tsai, J., E. S. Ford, C. Li *et al*: **Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes.** *BMC Public Health* 2010, **10** : 365.
43. Lemon, S. C., M. C. Rosal, J. Zapka *et al*: **Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender.** *Body Image* 2009, **6**(2):90-96.

### Rédaction

Yves Therriault, Ph.D.  
Agent de planification, de programmation et de recherche  
et responsable du bulletin « La santé recherchée »

### Révision

Nicole Boudreau  
Adjointe au directeur de santé publique

Pascal Paradis  
Conseiller en communication

### Disponible sur le site Internet du CISSS

 [www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca](http://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca)

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISSN 2371-3984 [En ligne]

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Côte-Nord  
Québec 

