



POIDS CORPOREL ET IMAGE DU CORPS*

Marion P. Olmsted, Ph.D., Traci McFarlane, Ph.D. (Toronto General Hospital)

Aperçu

Le poids corporel est d'une importance physique et psychologique pour les femmes canadiennes; il est associé à l'état de santé, à l'activité physique, à l'image du corps et à l'auto-évaluation. L'indice de masse corporelle (IMC) est la méthode la plus courante pour décrire le poids corporel uniformisé en fonction de la taille et sert souvent à déterminer les poids « sains » ainsi qu'à identifier les risques pour la santé. La norme canadienne pour catégoriser l'IMC se lit comme suit : inférieur à 20,0 insuffisance pondérale, 20,0 à 24,9 de poids normal, 25,0 à 27,0 léger embonpoint, et supérieur à 27,0 excès pondéral. [1] Selon les normes internationales, un IMC supérieur ou égal à 30,0 indique l'obésité. [2] Des lignes directrices sur la classification des poids corporels, fondées sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la santé pour utiliser l'IMC et le tour de taille comme indicateurs de risque pour la santé, seront bientôt présentées. Le présent rapport ne fait pas état de ces nouvelles lignes directrices cependant.

Cette section fait état de certaines preuves actuelles qui portent sur le poids corporel, l'image du corps et l'activité physique. Elle présente les résultats d'une analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP), 1996-97.

Indice de masse corporelle

L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la hauteur (en mètres carrés). Par exemple, pour évaluer l'IMC d'un individu mesurant 5 pieds 4 pouces et pesant 145 livres, il faut d'abord convertir la taille de cette personne en mètres (64 pouces x 2,54 = 162,5 centimètres ou 1,625 mètres) et son poids en kilogrammes (145 livres x 0,454 = 65,8 kilogrammes). Cet individu a donc un IMC de 24,9, chiffre obtenu en divisant le poids (65,8 kilogrammes) par la hauteur (1,625x1,625 = 2,64 mètres carrés). Selon les normes canadiennes cet individu aurait un poids normal.

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Poids corporel et santé

Le lien qui existe entre le poids corporel et la santé a souvent été souligné. Dans un article publié dans *Rapports sur la santé*, plusieurs problèmes de santé chroniques associés au surpoids ont été identifiés, [2] notamment l'asthme, l'arthrite, les problèmes de dos, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les problèmes de la glande thyroïde, la restriction des activités, les microtraumatismes répétés et la dépression. Dans le cas des individus obèses, les risques se multiplient et comprennent la cardiopathie, l'incontinence urinaire, les ulcères et les troubles intestinaux. En outre, la documentation présente des liens documentés entre l'obésité et un risque accru de mortalité et de morbidité en raison d'hypertension, de dyslipidémie, de diabète sucré, de maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque congestive, d'ACV, de calculs biliaires, d'arthrose, d'apnées du sommeil, de cancer (p. ex., du gros intestin, du sein, de l'endométriome, de la vésicule biliaire), des anomalies menstruelles, de fertilité réduite et de risque de grossesse accrue. [3]

Il va sans dire que les risques associés au surpoids et à l'obésité sont graves et doivent être abordés par des réformes stratégiques en matière de santé (voir le chapitre du présent rapport qui s'appelle *L'exercice physique et l'obésité chez les Canadiennes*). Toutefois, Ernsberger et Koletsky [4] maintiennent que le comportement alimentaire pourrait être à la source de certaines des répercussions négatives qui ont toujours été associées au surpoids et à l'obésité. N'oublions pas les études indiquant que les individus ayant du surpoids sont protégés contre certains problèmes de santé, dont les maladies infectieuses, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'ostéoporose, le prolapsus valvulaire mitral, la claudication intermittente, l'hypertension rénovasculaire, l'éclampsie, l'accouchement prématuré, l'anémie, le diabète de type 1, l'ulcère gastroduodéal, la scoliose et le suicide. [5]

Le lien entre l'IMC et la mortalité est complexe et varie sensiblement selon différentes études épidémiologiques prospectives. Une méta-analyse quantitative de 23 études importantes a démontré une courbe en U tant pour les hommes que les femmes, avec un risque accru de décès lorsque l'IMC était inférieur à 23 ou supérieur à 28,6. Dans une étude à laquelle ont participé plus de 1,8 million de Norvégiens, il a été estimé que 3,8 % des décès chez les femmes âgées de 30 à 79 ans pouvaient être attribués à l'obésité et que 1,9 % des décès dans même groupe d'âge pouvaient être attribués à l'insuffisance pondérale. [7] Dans une autre étude de Finlandaises âgées de 25 à 64 ans, les tranches de population (qui était divisée en cinq tranches) de plus faible poids et de poids le plus important ont affiché un taux de mortalité accru; chez les femmes de plus de 65 ans, uniquement celles ayant une insuffisance pondérale présentaient un risque accru de décès. [8] Les problèmes de santé associés à l'insuffisance pondérale comprenaient les ulcères et la dépression, [2] ainsi qu'une présence accrue de complications et un pronostic moins favorable lors d'hypertension, de diabète et d'hyperlipidémie. [5] Les femmes qui développent des troubles de l'alimentation et maigrissent au point de nuire à leur santé souffrent d'autres problèmes en surcroît. On estime qu'environ 4 % des femmes canadiennes ont un trouble d'alimentation grave, et que jusqu'à 10 % de ces femmes risquent de mourir en raison de complications associées aux troubles d'alimentation. [9]

Le régime

L'idée que certains poids sont inacceptables et que le poids corporel est malléable a mené à la création d'une énorme industrie de contrôle du poids en Amérique du Nord, dont le chiffre d'affaires annuel estimatif s'élève de 35 à 50 \$ milliards. [10] Berzins a exposé plusieurs perceptions erronées, pourtant couramment acceptées, qui contribuent à l'accent culturel actuel sur le contrôle du poids, dont les convictions déplacées que les régimes échouent à cause d'un manque de volonté et que c'est donc l'individu qui est responsable de tout échec. [10] L'industrie publicitaire promouvoit la minceur comme étant saine et belle, et une attention disproportionnée est accordée aux risques pour la santé que pose l'obésité, alors que les risques associés aux régimes sont à peine mentionnés. [4] Bon nombre d'études ont examiné l'efficacité de divers régimes et protocoles d'exercice par rapport au contrôle du poids. À la suite d'un examen détaillé de cette documentation, Miller [11] a conclu que « chaque article ayant examiné l'efficacité du régime et de l'exercice pour le contrôle du poids au cours des 40 dernières années a constaté que l'alimentation et l'exercice n'arrivent pas à produire une perte de poids importante à long terme chez la plupart des participants. » Étant donné la preuve que la réduction de poids est un objectif inatteignable pour la plupart des gens, les efforts dans cette veine de promouvoir la santé n'en valent peut-être pas la peine.

Image du corps

La préoccupation qu'affiche actuellement notre culture face à la minceur va au-delà des risques pour la santé qui sont associés à l'obésité. Près de la moitié des femmes nord-américaines ont vécu une certaine insatisfaction face à leur image du corps. [12, 13] En outre, l'image du corps des femmes a empiré au cours des trois dernières décennies. [14] Bien que la même insatisfaction se produise également chez les hommes, elle est bien plus répandue parmi les femmes [15, 16, 17] et plus prononcée chez les femmes blanches que noires. [17] Dans un échantillon de 1 895 femmes américaines (dont 51 % étaient noires), les femmes blanches étaient moins satisfaites de leur poids et de leur apparence générale. [17]

La préoccupation de l'image du corps et le régime chronique est tellement répandue qu'elle est devenue statistiquement « normale » chez les femmes; elle engendre aussi des attitudes et des comportements qui sont contre-productifs et autodestructeurs. [18] Un nombre considérable de femmes signalent qu'elles mettent en veilleuse la carrière et les poursuites romantiques et sociales jusqu'à ce qu'elles maigrissent davantage. [19, 20] Pour bien des femmes, l'estime de soi finit par dépendre du poids et de la silhouette, et les sentiments négatifs associés au corps se généralisent à la personnalité entière. [21] Cette surdépendance sur la minceur est un facteur de risque pour le développement d'un trouble grave de l'alimentation. [22] Parmi les femmes particulièrement à risque sont celles ayant des tendances perfectionnistes, ou un faible estime de soi et celles qui souffrent d'autres problèmes psychiatriques tels que l'anxiété ou la dépression. [23] En outre, des millions de Canadiennes qui ne développent pas un véritable trouble de l'alimentation gaspilleront temps et énergie à la poursuite de la minceur. La plupart d'entre elles n'atteindra pas cet objectif, demeurera insatisfaite face à son corps et se culpabilisera.



Le préjudice à l'égard du poids

Malheureusement, le préjudice à l'égard du poids continue à être toléré au sein de notre société. La taquinerie est un mode de transmission particulièrement nocif. Quoique les filles dont l'IMC est plus élevé sont plus susceptibles d'être taquinées, la raillerie est un facteur prédictif d'insatisfaction corporelle plus important que l'IMC. [24] Aussi, l'insatisfaction corporelle est plus fortement associée à un faible estime de soi qu'à l'IMC chez les adolescentes. [25] Bien que la preuve liée au rapport causal entre l'estime de soi et l'insatisfaction corporelle soit limitée et que les deux ont sûrement une influence réciproque, l'estime de soi et l'auto-définition peuvent intégrer une certaine vulnérabilité au message socio-culturel. À cet égard, Sherwood et Neumark-Sztainer [26] ont constaté chez des filles âgées de 10 et 11 ans, considérées être au régime amincisseur, une intériorisation plus poussée de l'idéal socio-culturel que les filles ne suivant pas de régime amincisseur, même si les deux groupes avaient une exposition semblable aux magazines pour adolescentes. D'autres recherches s'avèrent nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes par lesquels les préjugés de poids et l'idéalisation de la minceur sont intériorisés de façon sélective.

L'activité physique

La documentation qui existe semble prouver que l'activité physique modérée offre des bénéfices tant physiques que psychologiques, dont la réduction du stress et la prévention de maladies de coeur, du cancer, du diabète, de l'ostéoporose et de la dépression. [27-29] Selon un article récemment publié dans *Rapports sur la santé*, l'activité physique régulière au moins modérée contribue à réduire la probabilité de maladie de coeur et de dépression. [30] Miller [31] a suggéré qu'une portion de la morbidité et de la mortalité attribuées à l'obésité dans les études sont peut-être le résultat d'inactivité plutôt que de l'IMC ou d'un excès pondéral. L'activité physique accrue améliore la santé peu importe le poids corporel, même chez les personnes obèses. [31] Au Canada, 2,5 % du total des coûts directs des soins de santé pour 1999 étaient attribués à l'inactivité physique. [32]

Une proportion plus élevée d'hommes fait régulièrement de l'exercice et, parmi les femmes, l'apparence et le contrôle du poids sont cités comme éléments de motivation plus importants que la forme physique. [33, 34] Qui plus est, 75 % des articles portant sur la forme physique dans les revues féminines populaires encouragent les lectrices à faire de l'exercice pour être plus attirantes, alors que seulement 40 % portaient sur une santé améliorée ou le bien-être. [35]

Méthode

Données

Les données transversales de l'ENSP ont été analysées. L'ENSP est une enquête nationale qui recueille des données aux 2 ans (voir l'Annexe A pour des détails sur les méthodes de collecte des données pour l'ENSP). Les répondants comprenaient des hommes et des femmes âgés de 20 à 64 ans. Aucune des femmes n'étaient enceintes.

Les Tableaux 2 (IMC et emplacement géographique) et 3 (IMC et ethnicité) ont été standardisés selon l'âge de la population canadienne de 1991, pour la population âgée de 20 à 64 ans. Des groupes d'âge quinquennaux ont été utilisés pour calculer l'estimation standardisée selon l'âge.

Mesures

Indice de masse corporelle (IMC) : l'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par la hauteur en mètres carrés.

Insatisfaction corporelle : Les répondants ont dû indiquer un poids qui seraient d'après eux leur poids idéal. L'écart entre leur poids véritable et leur poids idéal a servi d'indicateur d'insatisfaction corporelle. En outre, les répondants ont dû choisir une description de leur poids actuel. Les descriptions comprenaient : correct, excès de poids et poids insuffisant.

Indice d'activité physique : Dans l'ENSP, les participants ont dû énumérer leurs activités physiques de loisir pendant les 3 mois précédents. D'autres questions portaient sur la fréquence de participation et la durée de chaque séance d'activité. Selon des valeurs établies de façon indépendante pour les demandes d'énergie de chaque activité, un indice de consommation totale de kilocalories a été calculé. Le niveau d'activité a été classifié d'après les kilocalories estimatives par kilogramme de poids corporel par jour : actif (**kcal/kg/day** 3,0 ou plus de'), modéré (1,5-2,9 moyen **kcal/kg/day**) ou inactif (moins de 1,5kcal/kg/jour)

Obstacles à l'amélioration de la santé : Les répondants ont dû choisir les éléments qui ont entravé leur capacité de participer à des activités pour améliorer leur santé. Les éléments comprenaient : le manque de temps, le manque de volonté, les problèmes d'incapacité/santé, trop fatigué, trop cher, trop stressé, trop difficile et autre.

Résultats

Différences selon le sexe

En moyenne, les IMC des femmes sont inférieurs à ceux des hommes. Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'IMC augmente avec l'âge des Canadiennes et des Canadiens (voir le Tableau no. 1). À l'âge de 55 ans, la moitié des femmes canadiennes appartiennent aux catégories de surpoids et d'embonpoint. Par contraste, la moitié des hommes canadiens appartiennent à ces catégories dès l'âge de 25 ans. Si l'on calcule la moyenne à travers tous les groupes d'âge, 12,1 % des femmes et 22,6 % des hommes se retrouvent dans la catégorie de surpoids et 23,4 % (CI = 22,3-24,6) des femmes et 34,4 % (CI = 33,1-35,7) des hommes sont considérés obèses; 50,5 % des femmes et 40,2 % des hommes sont dans la catégorie « poids normal », et 14,0 % (CI = 13,0-15,0) des femmes et 2,8 % des hommes (CI = 2,3-3,2) ont une insuffisance pondérale.

L'importance que l'on accorde au surpoids à titre de problème de santé semble mieux correspondre au profil démographique des hommes canadiens qu'à celui des femmes canadiennes. Parmi les femmes, l'incidence du surpoids est considérablement inférieure, et l'incidence du poids insuffisant est considérablement supérieur. Cela suggère qu'il est simpliste de trop insister sur l'importance du poids excédentaire. Qui plus est, l'importance que l'on accorde à la réduction de poids contribue à un problème de santé important qui touche les Canadiens.

Tableau 1 : Pourcentage de Canadiennes et de Canadiens dont l'IMC est supérieur ou égal à 25, par groupe d'âge

Groupe d'âge	Pourcentage	
	Femmes	Hommes
De 20 à 24 ans	17,6	37,7
De 25 à 29 ans	26,4	49,8
De 30 à 34 ans	29,1	56,3
De 35 à 39 ans	29,0	58,1
De 40 à 44 ans	34,4	62,9
De 45 à 49 ans	41,4	65,4
De 50 à 54 ans	47,7	68,1
De 55 à 59 ans	50,1	64,0
De 60 à 64 ans	50,9	65,5

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997



L'IMC est présenté par région géographique et en fonction de l'origine ethnique dans les Tableaux 2 et 3. Ces données sont normalisées selon l'âge de la population de 1991, mais certaines des cases originales dont l'effectif était inférieur à 30 ont été identifiées. Pour les femmes vivant au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et dans les provinces centrales, la prévalence de « surpoids » est plus faible et la prévalence « d'insuffisance pondérale » est plus forte que chez les femmes vivant dans les provinces de l'Atlantique (voir le Tableau 2). Le « surpoids » semble être plus courant chez les femmes appartenant aux groupes Noirs et Autochtones, tandis que l'insuffisance pondérale est plus répandue parmi les groupes d'origine chinoise et asiatique (voir le Tableau 3). Certaines de ces différences peuvent être attribuées au système de mesure utilisé puisque l'IMC ne fait pas de distinction entre « l'adiposité » et la taille (voir la section qui porte sur les limites).

Tableau 2 : Pourcentage de Canadiennes dans chaque province appartenant à chaque catégorie d'IMC

Province	IMC				
	<20,0	20,0-21,9	22,0-24,9	25,0-27,0	>27,0
Région de l'Atlantique*	8,7	16,6	27,9	11,0	35,9
Québec	17,5	23,9	26,3	11,6	20,8
Ontario	15,7	21,4	30,8	11,5	20,5
Région centrale**	13,1	20,3	28,5	13,2	25,0
Colombie-Britannique	13,3	23,0	30,3	12,1	21,3

* Comprend Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick.

** Comprend l'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan.

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997

Tableau 3 : Pourcentage de Canadiennes dans chaque catégorie d'IMC en fonction de l'ethnicité

Origine ethnique	IMC				
	<20,0	20,0-21,9	22,0-24,9	25,0-27,0	>27,0
Chinoise	34,9	27,0	26,3	5,1*	6,8*
Sud-asiatique	21,2	27,7	24,5	13,9*	12,7
Noire	15,0*	18,2*	17,4	10,8*	38,6
Autochtone	8,8	18,4	27,8	14,9	30,1
Europe de l'Est	13,7	21,6	29,4	12,3	23,1
Canadienne	15,5	22,3	28,6	12,0	21,6

* Les catégories normalisées selon l'âge contiennent des effectifs de case non pondérés inférieurs à 30. Toutefois le total est > 30.

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997

Insatisfaction corporelle

Le sexe et les différences ethniques dans l'insatisfaction corporelle indiquent qu'il s'agit d'un aspect de l'autoperception qui prime sur le poids corporel réel. Les données de l'ENSP montrent que 81 % des femmes canadiennes dont l'IMC est inférieur à 20 (c.-à-d., d'un poids insuffisant) trouvaient qu'elles avaient un poids « correct » et 2 % trouvaient qu'elles avaient du « surpoids ». Les femmes dont l'IMC se situait entre 20 et 22 (c.-à-d. en dessous de la moyenne mais « acceptable ») ont indiqué un poids idéal moyen qui était de 3 kg de moins que leur poids actuel. Par contraste, les hommes ayant le même IMC avaient besoin de gagner presque 7 kg pour atteindre leur poids préféré. Bien que l'incidence du surpoids soit plus forte chez les hommes, ce sont les femmes qui demeurent les moins satisfaites de leur corps. Cette insatisfaction se manifeste dans toutes les catégories de poids (voir le chapitre du présent rapport qui porte qui s'appelle <Troubles de l'alimentation> pour plus de renseignements sur l'image du corps).

Activité physique

Les données de l'ENSP, compte tenu l'indice d'activité physique, démontrent que 57,6 % des hommes canadiens et 59,5 % des femmes canadiennes sont classés comme étant inactifs, et 20,0 % des hommes et 17,0 % des femmes sont classés comme étant actifs. Les femmes dont l'IMC est de 27 ou plus sont plus portées à être inactives que celles dont l'IMC est inférieur (voir le Tableau 4). Il y avait aussi des différences entre les régions géographiques et les groupes de différente ethnicité. L'inactivité était moins courante parmi des femmes vivant en Alberta et en Colombie-Britannique et plus courante parmi les femmes vivant à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick (voir le Tableau 5).

Tableau 4 : Pourcentage de Canadiennes dans chaque catégorie d'activité physique par groupe d'IMC

IMC	Indice d'activité physique		
	Active	Modérée	Inactive
< 20,0	19,1	19,8	61,1
20,0-21,9	17,7	25,5	56,8
22,0-24,9	18,5	26,4	55,1
25,0-27,0	19,8	22,0	58,2
> 27,0	11,7	21,0	67,3
Total	17,0	23,5	59,5

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997



Tableau 5 : Pourcentage de Canadiennes dans chaque catégorie d'activité physique par province

Province	Indice d'activité physique		
	Active	Modérée	Inactive
Terre-Neuve-et-Labrador	10,5	23,8	65,7
Île-du-Prince-Édouard	9,8	21,1	69,2
Nouvelle-Écosse	14,7	25,0	60,3
Nouveau-Brunswick	11,9	19,1	69,0
Québec	14,2	21,7	64,1
Ontario	16,9	24,0	59,1
Manitoba	15,2	22,5	62,3
Saskatchewan	20,9	22,3	56,9
Alberta	21,4	24,7	54,0
Colombie-Britannique	20,6	25,3	54,1

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997

Une majorité de femmes canadiennes a indiqué dans l'ENSP qu'elles croyaient devoir améliorer leur santé, et dans toutes les catégories d'IMC l'exercice accru a été approuvé comme première priorité pour améliorer la santé. C'est donc dire que les femmes canadiennes semblent être au courant des bienfaits de l'exercice pour la santé, mais qu'il existe un écart entre la connaissance et la pratique.

Obstacles à l'amélioration de la santé

Lorsqu'interrogées au sujet des obstacles qui bloquent l'amélioration de la santé, 39,7 % des femmes canadiennes ont cité dans l'ENSP le manque de temps et 39,2 % ont cité le manque de volonté; les autres obstacles ont été beaucoup moins cités (voir le Tableau 6).

Tableau 6 : Obstacles à l'amélioration de la santé identifiés par les Canadiennes

Obstacle	% Oui
Manque de temps	39,7
Manque de volonté	39,2
Problèmes d'incapacité ou de santé	6,0
Trop fatiguée	5,4
Trop coûteux	5,2
Trop stressée	5,2
Trop difficile	1,8
Autre	7,8

Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1996-1997

En citant le manque de volonté comme problème principal, on est en train de se faire des reproches et d'aller à l'encontre de son but, car il n'y a pas un moyen clair pour changer la situation. En outre, Chen et Miller [36] ont constaté que les femmes ayant du surpoids ou des enfants de moins de 18 ans sont moins portées que les autres à participer à des activités physiques de loisir modérées, tandis que ces facteurs n'ont aucun effet sur les hommes. De la même manière, Whitely et Winett [37] ont constaté que les enfants et les responsabilités ménagères sont des obstacles à la forme physique pour les femmes, comme le sont les idéaux d'image du corps inatteignables. Il n'est pas surprenant que les femmes se sentent prises par le temps et trouvent difficile d'accorder la priorité à l'activité personnelle par rapport à d'autres exigences. Toutefois, dans la mesure où le poids, la culpabilisation pour le manque de volonté et les objectifs irréalistes relatifs à l'image corporelle empêchent les femmes d'être actives, le paradoxe culturel est complet : dans une société qui prétend privilégier la forme et la minceur comme mesures de la santé, on décourage les femmes qui ne sont pas minces et en forme de participer aux activités permettant d'améliorer la santé.

Discussion

Limites imposées par les données

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sont assujetties aux problèmes propres à l'auto-déclaration. Il n'y a pas eu de mesure objective de la taille et du poids. Selon une étude récente, les individus sur-estiment constamment leur taille, et, pour ceux sans trouble alimentaire, sous-estiment leur poids. [38] Par conséquent, les données présentées dans ce rapport sont probablement une sous-estimation de surpoids et de l'obésité. D'autres études ont conclu que les données auto-déclarées par les répondants ont tendance à sous-estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité d'environ 10 %. [39, 40]

En outre, l'indice de masse corporelle (IMC) n'est utile que pour effectuer une analyse générale des catégories des poids et de leur lien avec la santé. Malgré la corrélation de l'IMC avec la graisse corporelle, il ne s'agit pas d'une mesure idéale. Par exemple, un athlète peut avoir un IMC de 31 tout en étant très musclé et maigre. Il serait erroné et trompeur de classer un tel individu comme étant obèse. Il faut aussi constater que l'IMC est fondé sur la même composition moyenne du corps pour les hommes et les femmes. Or, les hommes sont généralement plus musclés que les femmes. Certains des hommes dans la catégorie de poids excédentaire peuvent donc n'avoir aucun excès de graisse corporelle (mais être très musclés) tandis que certaines femmes se trouvant dans la tranche supérieure de la catégorie à faible risque peuvent avoir une masse grasse plus élevée que leur IMC ne l'indique. L'IMC est surtout utile lorsqu'on l'utilise de concert avec le rapport taille/hanche ou un simple tour de taille. [41] Ces variables n'ont pas été recueillies par l'ENPS, mais sont reflétées dans les nouvelles lignes directrices pour la classification du poids.

La mesure de l'insatisfaction corporelle utilisée dans cette étude n'est pas une mesure directe de l'insatisfaction. Il infère plutôt que ceux qui se considèrent comme ayant du surpoids ou comme étant obèses, ou qui déclarent un poids idéal qui est inférieur à leur poids objectif, sont insatisfaits de leur corps. Cette hypothèse, bien sûr, n'est pas forcément la bonne. Bon nombre des répondants peuvent en fait être satisfaits de leur corps, tout comme de nombreux répondants qui signalent un poids « correct » ou qui sont à leur poids idéal peuvent être insatisfaits de leur corps. Il n'y a aussi aucune façon de déterminer l'intensité de l'insatisfaction corporelle, le niveau de préoccupation et le degré jusqu'où l'insatisfaction perturbe la vie des personnes interrogées. Une mesure directe évaluant l'insatisfaction corporelle et le niveau de perturbation n'a pas été incluse à l'ENSP.



Répercussions stratégiques et recommandations

1. Le préjudice à l'égard du poids doit être inacceptable. Les initiatives devraient privilégier la sensibilisation du grand public, mais les écoles et les médecins de premiers recours peuvent offrir les meilleures voies de dissémination.
2. Il faut encourager l'image du corps positive et valoriser la diversité, tout comme l'approche entreprise pour promouvoir le multiculturalisme.
3. Il faut reconnaître le dénigrement de l'image du corps, le régime alimentaire chronique et l'exercice pour améliorer la silhouette comme étant des formes d'oppression des femmes. Les politiques devraient encourager tous les Canadiens à être fiers de développer un mode de vie sain tout en visant une alimentation et une activité saines tous les jours (par ex. ni trop ni pas assez). Il s'agit surtout de mettre l'accent sur un mode de vie sain plutôt que l'apparence physique.
4. En s'inspirant de l'exemple de l'Alberta, le programme d'études de santé pour les étudiants à partir de la 2^{ième} année devrait comprendre des renseignements à propos d'une bonne alimentation, d'un mode de vie actif et de l'estime de soi. Les étudiants peuvent apprendre à voir d'un oeil critique l'obsession des médias face à la minceur, comprendre que les commentaires négatifs sur les corps constituent une forme de harcèlement et fonder leur estime de soi sur d'autres facteurs que l'apparence. [42]
5. Il faudrait encourager les activités physiques qui impliquent les mères avec leurs familles comme étant une méthode pour aborder les demandes concurrentielles et le délai.
6. Il faudrait subventionner la recherche qui élucidera les méthodes les plus efficaces pour pousser les femmes à devenir plus actives et à le rester sans viser le contrôle de poids ou l'apparence.

Références

1. National Health and Welfare. *Canadian guidelines for healthy weight*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1998.
2. Gilmore J. Body mass index and health. *Health Rep* 1999;11(1):31-43. Statistics Canada, Cat .No. 82-003.
3. Pi-Sunyer FX. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults—the evidence report. *Obes Res* 1998;6(suppl):51S-209S.
4. Ernsberger P, Koletsky RJ. Biomedical rationale for a wellness approach to obesity: an alternative to a focus on weight loss. *J Soc Issues* 1999;55:221-60.
5. Ernsberger P, Haskew P. Health implications of obesity: an alternative view. *J Obesity Weight Regulation* 1987;6:55-137.
6. Troiano RP, Frongillo EAJ, Sobal J et al. The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. *Int J Obesity Related Metabolic Dis* 1996;20:63-5.
7. Waaler H. Height, weight, and mortality: the Norwegian Experience. *Acta Med Scandinavica* 1984;679(suppl):1-56.
8. Rissanen A, Knekt P, Heliovaara M et al. Weight and mortality in Finnish women. *J Clin Epidemiol* 1991;44:787-95.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA, 2000.
10. Berzins LG. Protecting the consumers through truth-in-dieting laws. *J Soc Issues* 1999;55:371-82.
11. Miller WC. Fitness and fatness in relation to health: implications for a paradigm shift. *J Soc Issues* 1999;2:207-19.
12. Cash TF, Henry PE. Women's body images: the results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles* 1995;33:19-28.
13. Cash TF, Winstead BW, Janda LH. The great American shape-up: body image survey report. *Psychology Today* 1986;20:30-7.
14. Cash TF. The emergence of negative body images. In: Blechman EA, Brownell KD (eds). *Behavioural medicine and women*. NY: The Guilford Press, 1998:386-91.
15. Cash TF, Brown TA. Gender and body images: stereotypes and realities. *Sex Roles* 1989;21:361-73.
16. Jackson LA. *Physical appearance and gender: sociobiological and sociocultural perspectives*. Albany: SUNY Press, 1992.
17. Smith DE, Thompson JK, Raczynski JM et al. Body image among men and women in a biracial cohort: the CARDIA study. *Int J Eating Disorders* 1999;25:71-82.
18. Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. *J Consult Clin Psychol* 1987;65:1-10.
19. Cash TF, Pruzinsky T. *Body images: development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press, 1990.
20. Thompson JK. *Body-image disturbance: assessment and treatment*. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1990.



21. McFarlane T, McCabe RE, Jarry J et al. Weight-related and shape-related self-evaluation in eating disordered and non-eating disordered women. *Int J Eating Dis* 2001;29:328-35.
22. Vitousek KM. The current status of cognitive-behavioural models of anorexia and bulimia nervosa. In: Salkovskis PM (ed). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press, 1996.
23. Schmidt U. Risk factors for eating disorders. In: Fairburn C.G, Brownell K (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press, 2002:247-50.
24. Van den Berg P, Wertheim EH, Thompson JK et al. Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *Int J Eating Dis* 2002;32:46-51.
25. Kostanski M, Gullone E. Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:255-62.
26. Sherwood NE, Neumark-Sztainer D. Internalization of the sociocultural ideal: weight-related attitudes and dieting behaviors among young adolescent girls. *Am J Health Promotion* 2001;15:228-31.
27. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990;132:612-28.
28. Blair SN. Physical activity, fitness and coronary heart disease. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T et al. (eds). *Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 1994: 579-89.
29. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB et al. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991;134(2):220-31.
30. Chen J, Millar WJ. Health effects of physical activity. *Health Rep* 1999;11(1):21-30. Statistics Canada, Cat. No. 82-003.
31. Miller WC. How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss? *Med Sci Sports Exercise* 1999;31:1129-34.
32. Katzmarzyk PT, Gledhill N, Shepard R. The economic burden of physical inactivity in Canada. *Can Med Assoc J* 2000;163:1435-40.
33. Choi PM. Looking good and feeling good: Why do fewer women than men exercise? In: Ussher JM (ed). *Women's health: contemporary international perspectives*. Leicester, UK: The British Psychological Society, 2000: 373-7.
34. Technology Assessment Conference Panel. Methods for voluntary weight loss and control: Technology Assessment Conference statement. *Ann Intern Med* 1992;116:942-9.
35. Lindeman AK. Quest for ideal weight: costs and consequences. *Med Sci Sports Exercise* 1999;31:1135-40.
36. Chen J, Millar WJ. Starting and sustaining physical activity. *Health Rep* 2001;12:33-43. Statistics Canada, Cat. No. 82-003.
37. Whiteley JA, Winett RA. Gender and fitness: enhancing women's health through principled exercise training. In: Eisler RM, Hersen M (eds). *Handbook of gender, culture and health*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000:343-73.
38. McCabe RE, McFarlane T, Polivy J, Olmsted MP. Eating disorders, dieting, and the accuracy of self-reported weight. *Int J Eating Dis* 2001;29:59-64.

39. Hill A, Roberts J. Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight. *J Public Health Med* 1998;20(2):206-10.
40. Roberts, RJ. Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health* 1995;109(4):275-84.
41. Expert Panel of the National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. *Am J Clin Nutr* 1998;68(4):899-917.
42. Cotter J. Reading, writing . . . and body image. *The Toronto Star*, June 7, 2002.