

5.5.1. Introduction

L'Indice de masse corporelle (IMC, ou Indice de Quetelet, ou BMI (Body Mass Index)) est un calcul facile du poids relatif, c'est à dire du poids par rapport à la taille. Il équivaut au poids exprimé en kilos divisé par la taille exprimée en mètres et élevée au carré (P/T^2). A partir de 18 ans, on remarque que l'IMC est assez stable dans le temps, et qu'on peut fixer des seuils absolus significatifs pour l'ensemble de la population. En dessous de 18 ans, les variations de l'IMC en fonction de l'âge sont telles qu'on préfère l'exprimer en fonction d'une population de référence, sur base des percentiles observés dans cette population (1,2). Les résultats présentés ici sont limités au groupe des plus de 18 ans (3).

Des études épidémiologiques montrent qu'à partir d'un IMC de 25, la morbidité et la mortalité s'élèvent. C'est sur cette base que les experts acceptent ce seuil pour définir l'excès de poids (4). Lorsque l'IMC vaut ou dépasse 30, on parle d'obésité. En dessous de 20, de maigreur et en dessous de 18 de maigreur extrême, souvent associée à l'une ou l'autre pathologie (5) Certaines études, se basent sur la distribution du BMI observée dans la population et prennent comme seuil d'excès de poids un IMC de 27 (3).

Au niveau individuel, l'IMC ne suffit pas à établir un pronostic. Un excès de poids doit être pondéré par le type d'excès de poids (gynoïde ou androïde), l'association avec d'autres facteurs de risque (comme par exemple l'hypertension ou l'hypercholestérolémie que l'obésité augmente, ou les variations importantes de poids (augmentation ou diminution) au cours des années, l'âge de la personne etc... (6,7)

Au niveau d'une population, l'étude de l'IMC et de sa distribution permet d'évaluer la prévalence de l'excès de poids ou de la maigreur, et de faire des comparaisons entre différents sous-groupes ou dans le temps.

A côté des facteurs de santé, la culture de la beauté véhiculée par les médias impose un modèle de minceur comme une norme à atteindre. Maigrir est devenu une préoccupation majeure, même pour les personnes qui n'ont pas d'excès de poids. Les résultats des essais d'amaigrissement sont en général peu durables, alors qu'on observe de nombreux effets secondaires, tant liés aux méthodes parfois douteuses utilisées qu'aux implications néfastes du désir de maigrir en soi (sentiment d'échec et de dévalorisation, troubles du comportement alimentaire) (8-11)

En principe, les méthodes amaigrissantes recommandées comme efficaces et non dangereuses sont les méthodes diététiques, en combinaison avec une augmentation de l'exercice physique et la pratique de méthodes comportementales. Le jeûne n'est pas recommandé pour maigrir et une méthode basée uniquement sur des produits commerciaux est inefficace, voire dangereuse en fonction des produits utilisés, et souvent très chère.

Dans ce module, nous étudierons successivement

- La prévalence de l'obésité et de la maigreur en fonction de l'IMC (indicateur OMS).
- la préoccupation pour le poids
- les méthodes utilisées pour maigrir
- A qui revient l'initiative de la tentative d'amaigrissement.

L'IMC a été calculé sur base du poids et de la taille déclarés par la personne ou par un proche. Des études ont montré que le poids est en général un peu sous évalué chez les femmes et la taille surévaluée chez les hommes, et que les réponses montrent un effet d'arrondissement à 0 et 5, mais sans que cela n'affecte de manière significative la validité des comparaisons ou les chiffres moyens (3), de même en ce qui concerne les chiffres rapportés par un proche, pour un enfant par exemple.

5.5.2. Résultats pour la Belgique

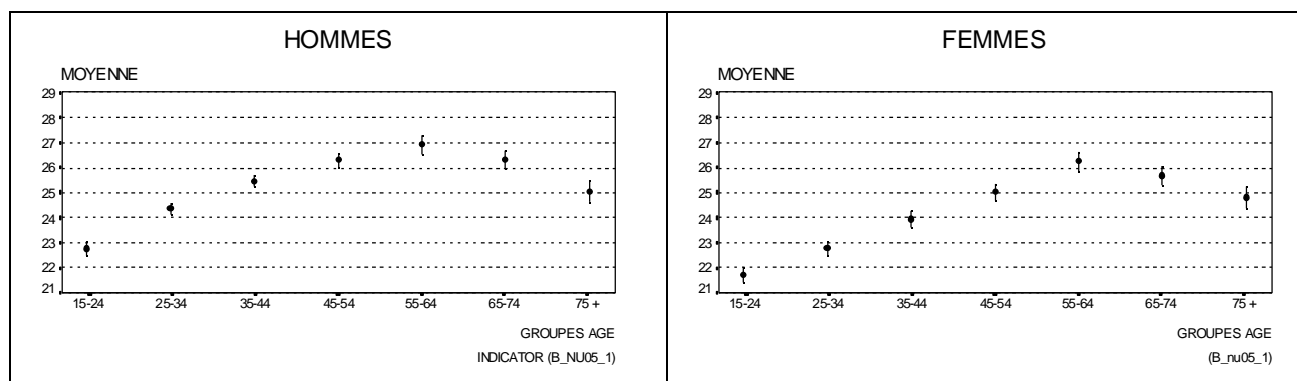
5.5.2.1. Poids relatif

5.5.2.1.1 Distribution du BMI chez les adultes (Indicateur Nu05_1)

L'indice de masse corporelle moyen pour l'ensemble des adultes belges se situe à 24,7, soit aux confins de la valeur seuil de l'excès de poids. On observe une augmentation constante de cet indice en fonction de l'âge, et ce, jusqu'à 65 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Cette augmentation est cependant plus précoce chez les hommes, et les valeurs observées aux différents groupes d'âges sont constamment et significativement plus élevées que chez les femmes, sauf au delà de 75 ans.

Les valeurs observées sont les plus élevées dans le groupe des 55 à 64 ans où elles atteignent 27 chez les hommes et 26 chez les femmes.

Figure 5.5.1 *Indice de Quetelet moyen dans la population adulte, corrigé en fonction de l'âge du sexe (Indicateur Nu05_1)*



Description en fonction de quelques caractéristiques de base:

L'indice de masse corporelle décroît régulièrement en fonction du niveau de diplôme; de même, il décroît légèrement en fonction du revenu équivalent ménage, à partir de 40 000,-FB.

L'indice de masse corporelle moyen est plus élevé (25,6) chez les personnes estimant leur état de santé comme moyen à très mauvais que chez celles qui l'estiment comme étant bon ou excellent (24,5).

L'IMC est le plus élevé chez les personnes qui sont d'anciens fumeurs (25,8) par rapport à ceux qui n'ont jamais fumé (24,5) ou ceux qui fument actuellement. Il est le plus bas chez les personnes qui sont des fumeurs actuels modérés (24,0). Les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour ont également un IMC moyen assez élevé (24,7).

Tableau 5.5.1 *Indice de Quetelet moyen dans la population adulte, corrigé en fonction de l'âge du sexe (Indicateur Nu05_1, âge >= 18 ans)*

		MOYENNE	I.C. 95%
		—————	—————
SEXE	Homme	25,2	(25,1-25,3)
	Femme	24,1	(24,0-24,3)
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	26,7	(26,1-27,2)
	Ecole primaire	25,5	(25,2-25,8)
	Secondaire inférieur	24,9	(24,7-25,1)
	Secondaire supérieur	24,8	(24,6-25,0)
	Supérieur	23,9	(23,8-24,1)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	25,1	(24,7-25,4)
	20.000-30.000	24,9	(24,6-25,1)
	30.000-40.000	25,0	(24,8-25,2)
	40.000-60.000	24,6	(24,5-24,8)
	>60.000	24,0	(23,8-24,3)
SANTE SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	24,6	(24,5-24,7)
	Très mauvaise à moyenne	25,1	(24,8-25,3)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	24,7	(24,6-24,9)
	Dans le passé	25,2	(25,0-25,4)
	Modéré (<20)	23,8	(23,6-24,0)
	Gros fumeur	24,2	(23,8-24,6)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	24,6	(24,4-24,7)
	Région bruxelloise	24,4	(24,2-24,5)
	Région wallonne	25,0	(24,9-25,2)
	Belgique	24,7	(24,6-24,8)

On note également des différences significatives entre les régions sans que la valeur absolue de celles-ci ne soit importante: les bruxellois sont les plus minces (IMC moyen de 24,3), suivi par les Flamands (24,6). Les Wallons sont les plus lourds (IMC moyen de 25,1).

5.5.2.1.2 Excès de poids (25 ≤ IMC < 30) (Indicateur NU05_2)

Environ 30.5% des adultes belges ont un excès de poids (IMC entre 25 et 30). L'excès de poids décrit une courbe parabolique en fonction de l'âge, dont le pic (42%) se situe entre 55 et 64 ans.

L'excès de poids décroît progressivement en fonction du niveau d'instruction, et à partir d'un équivalent revenu de 40 000f et plus. Il est plus fréquent chez les personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé, et nettement plus fréquent chez les anciens fumeurs.

L'excès de poids simple est le moins élevé en région bruxelloise (26%). Il est comparable en régions flamande et wallonne où il avoisine 31%.

5.5.2.1.3 Prévalence de l'obésité (Indicateur NU05_3)

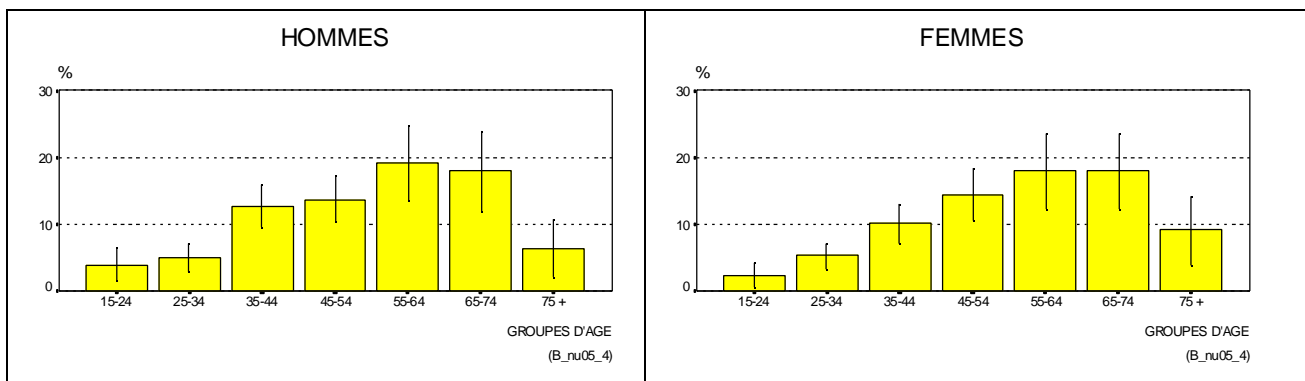
Un IMC de 30 et plus définit l'obésité. C'est en général à partir de ce seuil que la morbidité chronique liée à l'excès de poids augmente de manière significative et que surviennent d'autres types d'inconvénients liés à la perte d'estime de soi, au rejet social et à l'isolement.

En Belgique, 10,8% des personnes sont obèses (IMC \geq 30)

On observe un taux global d'obèses identique chez les hommes et les femmes interrogées.

Chez les hommes, et en fonction de l'âge, la proportion d'obèses suit une courbe ascendante avec un pic qui frôle les 20% entre 55 et 64 ans pour redescendre ensuite (8,2% au delà de 75 ans).. Chez les femmes, la progression est plus "harmonieuse" pour atteindre des valeurs comparables à celles des hommes entre 55 et 75 ans.

Figure 5.5.2 Obésité dans la population adulte (BMI >30, âge >+18 ans) , proportion corrigée en fonction de l'âge et du sexe (Indicateur Nu05_1)



Comparaisons en fonction de caractéristiques personnelles

Il y a moins d'obèses chez les personnes dont le niveau d'instruction est élevé et nettement plus d'obèses dans la catégorie des "sans diplôme" où la proportion atteint 22%. En ce qui concerne le revenu, la tendance est la même sauf pour les revenus les plus bas où la ration calorique est peut-être restreinte.

Il y a également significativement plus d'obèses dans la catégorie des gens qui s'estiment en mauvaise santé (17%) par rapport à ceux qui s'estiment en bonne santé (9%). La proportion d'obèses est également plus élevée parmi les anciens fumeurs (16%) que parmi les non fumeurs (10%) ou les personnes qui fument plus de 20 cigarettes (12%). Ce sont les fumeurs modérés actuels qui sont le moins souvent obèses (7%).

La proportion d'obèses n'est pas significativement différente en région flamande (10%) et en région bruxelloise (9%). Il est par contre nettement plus élevé en région wallonne (14%).

Tableau 5.5.2 *Obésité dans la population adulte (BMI >30, âge ≥ 18 ans), proportion corrigée en fonction de l'âge et du sexe (Indicateur Nu05_1)*

		PROPORTION (%)	I.C. 95%
SEXE	Homme	11,0	(9,6-12,5)
	Femme	10,6	(9,1-12,0)
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	22,5	(16,4-28,6)
	Ecole primaire	14,0	(10,8-17,2)
	Secondaire inférieur	11,3	(9,0-13,6)
	Secondaire supérieur	11,9	(9,9-13,9)
	Supérieur	7,6	(5,9- 9,4)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	12,5	(8,7-16,3)
	20.000-30.000	12,7	(10,3-15,0)
	30.000-40.000	11,2	(9,2-13,2)
	40.000-60.000	11,4	(9,4-13,4)
	>60.000	7,1	(4,9- 9,4)
SANTÉ SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	9,8	(8,6-11,1)
	Très mauvaise à moyenne	14,5	(12,1-16,9)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	10,0	(8,5-11,6)
	Dans le passé	13,2	(11,0-15,4)
	Modéré (<20)	6,8	(5,0- 8,7)
	Gros fumeur	11,0	(7,5-14,5)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	9,6	(8,2-11,0)
	Région bruxelloise	9,5	(7,9-11,1)
	Région wallonne	13,5	(11,7-15,2)
	Belgique	10,8	(9,8-11,8)

5.5.2.1.4 Prévalence de la maigreur (Indicateur NU05_4)

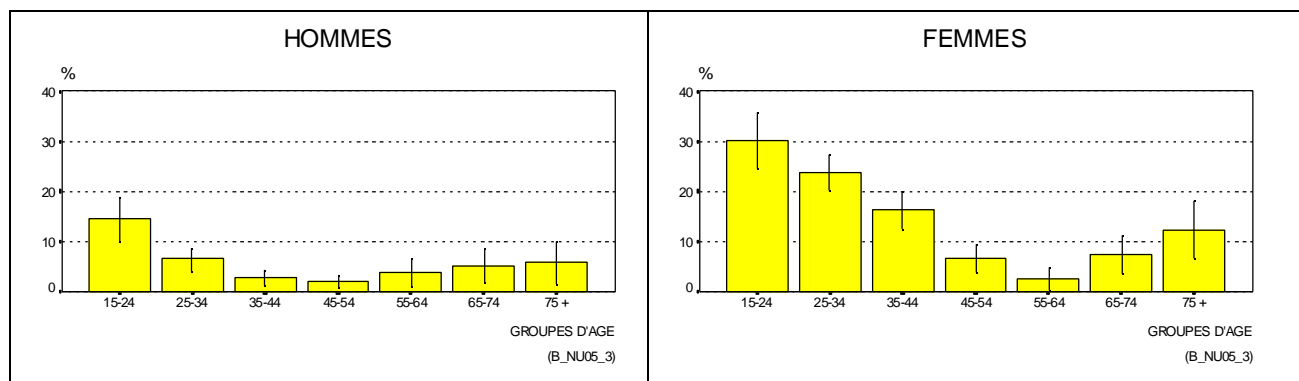
La maigreur peut également signer un moins bon état de santé (répercussions d'une maladie par exemple), et avoir des répercussions sur la consommation de soins par exemple (12). Il faudrait en fait pouvoir distinguer les personnes maigres constitutionnelles des personnes qui ont maigri suite à une maladie.

Nous avons observé dans l'ensemble des personnes de plus de 18 ans, 10% de personnes dont l'IMC est inférieur à 20. Il y a près de 3 fois moins de personnes maigres parmi les hommes (5%) que parmi les femmes (15%)

Chez les hommes, on ne trouve une proportion de maigres supérieure à 10% que chez les moins de 25 ans, ce qui est normal en période de fin de croissance. Après 25 ans, la proportion d'hommes maigres est relativement stable autour de 5% environ.

On observe jusqu'à 30% de jeunes femmes maigres avant 25 ans, 24% entre 25 et 34 ans et 16% entre 35 et 44 ans. Entre 45 et 74 ans, cette proportion redescend à environ 5 % pour remonter à 12% au delà de 75 ans. Notons cependant que la proportion des personnes maigres de plus de 75 ans est probablement légèrement sur estimée car les personnes rapportent souvent leur taille de jeunesse.

Figure 5.5.3 *Maigreux dans la population adulte, proportion corrigée en fonction de l'âge et du sexe (Indicateur Nu05_1, BMI<20)*



Comparaison en fonction de certaines caractéristiques personnelles:

Le pourcentage de maigres augmente avec le niveau d'instruction mais il n'y a pas de tendance nette par rapport au revenu. On observe significativement plus de maigres parmi les fumeurs actuels que parmi les anciens fumeurs ou les personnes qui n'ont jamais fumé.

Tableau 5.5.3 *Maigreux dans la population adulte (BMI<20, âge>=18 ans), proportion corrigée en fonction de l'âge et du sexe (Indicateur Nu05_3)*

		PROPORTION (%)	I.C. 95%
SEXE	Homme	5,8	(4,7- 6,9)
	Femme	15,2	(13,7-16,7)
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	7,7	(3,1-12,2)
	Ecole primaire	7,5	(4,8-10,2)
	Secondaire inférieur	9,3	(7,1-11,5)
	Secondaire supérieur	10,1	(8,4-11,7)
	Supérieur	12,7	(10,8-14,7)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	9,0	(6,2-11,8)
	20.000-30.000	11,5	(9,4-13,7)
	30.000-40.000	8,7	(6,9-10,6)
	40.000-60.000	10,3	(8,6-12,0)
	>60.000	12,1	(8,9-15,2)
SANTE SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	9,5	(8,4-10,5)
	Très mauvaise à moyenne	11,0	(8,5-13,5)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	9,5	(8,3-10,8)
	Dans le passé	6,9	(4,8- 9,0)
	Modéré (<20)	14,1	(11,5-16,7)
	Gros fumeur	16,4	(12,8-20,0)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	10,2	(8,9-11,6)
	Région bruxelloise	12,5	(10,7-14,3)
	Région wallonne	10,3	(8,8-11,8)
	Belgique	10,5	(9,5-11,4)

Il n'y a pas de différence significative entre les régions.

Tableau 5.5.4 Distribution de l'IMC par province (NU05_2)

Enquête de Santé, Belgique, 1997

PROVINCE DE RESIDENCE	CLASSES DE BMI (adultes)						Total
	< 18	[18-20[	[20-25[	[25-27[	[27-30[	30+	N
	%	%	%	%	%	%	
Anvers	3,5	8,9	47,2	16,4	14,0	10,0	750
Brabant Flamand	2,3	7,7	54,6	14,6	13,9	6,9	477
Flandre Occidentale	1,5	5,4	45,9	22,6	12,3	12,2	585
Flandre Orientale	2,5	6,3	54,6	14,6	12,7	9,2	643
Limbourg	3,4	7,4	44,7	16,8	18,7	8,9	357
Bruxelles	3,1	9,7	51,6	13,3	13,0	9,2	2427
Brabant Wallon	,0	8,4	50,7	17,3	13,3	10,2	262
Hainaut	2,0	8,1	42,4	16,3	16,5	14,8	1020
Liège	1,7	8,3	46,2	15,8	14,1	13,8	962
Luxembourg	3,7	7,4	48,4	10,9	14,7	14,7	225
Namur	3,3	6,6	47,9	16,5	14,9	10,8	366
Belgique	2,5	7,7	48,5	16,2	14,2	10,8	8074

âge: 18 ans et plus

Les provinces les plus touchées par l'obésité sont le Hainaut, le Luxembourg, Liège et la Flandre occidentale. C'est à Bruxelles, dans les deux Brabant et en Flandre orientale qu'on rencontre le plus de personnes dont le poids est considéré comme normal.

Le cas du Luxembourg est particulier, puisqu'en plus du grand nombre d'obèses, on observe une majorité de personnes ayant un excès de poids simple dont l'IMC est supérieur à 27. Cette observation est aussi valable pour le Limbourg.

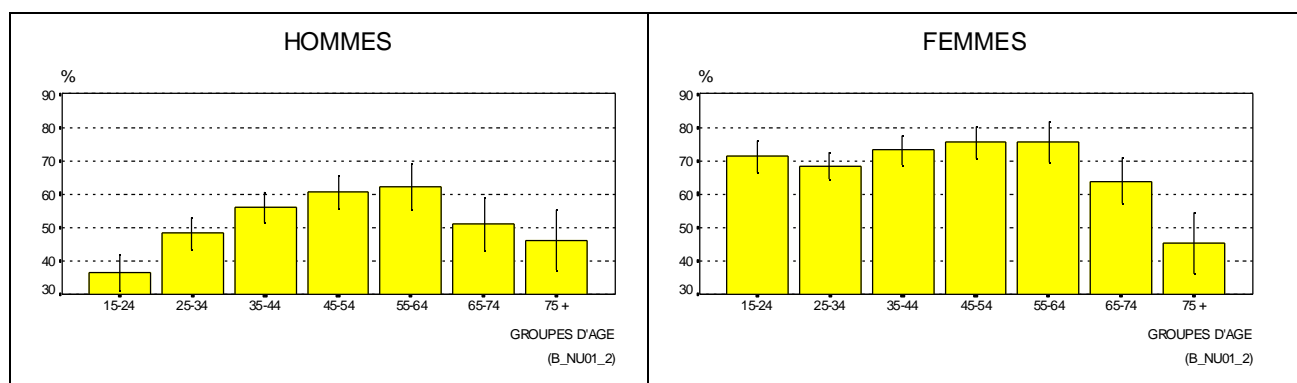
Si on s'intéresse au nombre total des personnes ayant un excès de poids (y compris les obèses) le Hainaut vient en tête avec 48% d'excès de poids, suivi par la Flandre occidentale (47%), le Limbourg (45%) et Liège (44%).

5.5.2.2. Préoccupation pour le poids (Indicateur NU01_1)

En Belgique, 61% des personnes déclarent souhaiter maintenir son poids (38%) ou maigrir (23%). Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes (42% + 28% = 70% contre 34% + 18% = 52% chez les hommes). Rappelons que 34% des femmes déclarent un poids excessif pour leur taille contre 49% des hommes.

Chez les hommes, l'allure de la courbe en fonction des groupes d'âges est parallèle à celle de l'excès de poids. Chez les femmes, elle est par contre plate et élevée jusqu'à 64 ans pour redescendre ensuite.

Figure 5.5.4 Proportion de répondants de plus de 15 ans qui désirent maigrir ou maintenir le poids (indicateur NU01_2)



Les personnes qui n'ont pas de diplôme ou un équivalent revenu inférieur à 30 000f ont une préoccupation moindre pour leur poids.

Les consommateurs actuels de tabac déclarent moins souvent être préoccupés par leur poids.

Il y a des différences significatives entre les régions: on est plus préoccupé par son poids en Flandre (63%), ensuite à Bruxelles (58%) , et nettement moins en Wallonie (51%).

Tableau 5.5.5. *Préoccupation pour le poids: personnes qui essaient de maigrir ou maintenir leur poids (NU01_2) Proportion corrigée pour l'âge et le sexe.*

Enquête de santé, Belgique, 1997.

		PROPORTION (%)	I.C. 95%
		—————	—————
SEXE	Homme	42,6	(40,8-44,4)
	Femme	69,5	(67,4-71,5)
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	48,4	(40,5-56,4)
	Ecole primaire	57,8	(53,1-62,5)
	Secondaire inférieur	60,4	(56,8-64,0)
	Secondaire supérieur	60,2	(57,3-63,0)
	Supérieur	59,0	(56,5-61,5)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	52,5	(47,1-58,0)
	20.000-30.000	53,2	(49,8-56,7)
	30.000-40.000	61,5	(58,6-64,5)
	40.000-60.000	58,0	(55,6-60,5)
	>60.000	64,1	(59,9-68,4)
SANTE SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	62,7	(60,9-64,5)
	Très mauvaise à moyenne	58,5	(55,0-62,0)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	61,2	(58,8-63,7)
	Dans le passé	67,8	(64,4-71,2)
	Modéré (<20)	54,1	(50,6-57,7)
	Gros fumeur	47,2	(42,0-52,5)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	63,3	(61,2-65,5)
	Région bruxelloise	57,8	(55,1-60,5)
	Région wallonne	51,2	(48,9-53,4)
	Belgique	54,7	(53,4-56,1)

Les différences observées par province correspondent de manière assez homogène à ce qu'on observe par région. C'est en Brabant Wallon qu'on est le plus souvent préoccupé par son poids et en Wallonie le moins souvent, particulièrement dans le Luxembourg où 48% des personnes interrogées disent n'être pas préoccupées par leur poids.

Le tableau ci-dessous montre également le sentiment de préoccupation pour le poids en fonction de la classe d'IMC à laquelle on appartient: Notons que 20% des personnes de maigreur extrême (IMC<18) souhaitent maintenir leur poids, 15% des personnes avec un IMC compris entre 18 et 20 veulent encore maigrir alors que 30% des personnes franchement obèses ne sont pas préoccupées par leur poids.

tableau 5.5.6 *Préoccupation pour le poids par province et par classe de BMI*
Enquête de santé, Belgique, 1997.

	PREOCCUPATION POUR LE POIDS				Total
	'Essaie de maigrir'	'Essaie de maintenir son poids'	'Essaie de prendre du poids'	'Pas concerné par le poids'	N
	%	%	%	%	

PROVINCE DE RESIDENCE					
Anvers	23,0	40,5	2,1	34,5	771
Brabant Flamand	21,0	39,5	2,2	37,3	501
Flandre Occidentale	22,4	41,5	2,2	33,9	602
Flandre Orientale	17,2	45,7	2,7	34,4	668
Limbourg	21,7	41,2	3,5	33,7	374
Bruxelles	26,8	32,0	3,9	37,4	2399
Brabant Wallon	32,1	36,5	3,2	28,2	277
Hainaut	22,1	33,3	3,5	41,1	1034
Liège	22,9	34,7	1,9	40,5	992
Luxembourg	22,0	28,4	1,3	48,3	236
Namur	21,7	31,6	2,1	44,5	373
Total	23,5	36,0	2,9	37,6	8227
CLASSES DE BMI (adultes)					
< 18	1,6	20,3	29,1	48,9	182
[18-20[	6,4	34,2	9,7	49,8	629
[20-25[	14,8	42,0	2,5	40,6	3720
[25-27[	29,9	38,7	,6	30,7	1275
[27-30[	38,4	32,2	,3	29,2	1108
30+	50,2	19,9	,1	29,7	864
Total	23,6	36,5	2,8	37,1	7778

Si on interprète de manière combinée ce tableau avec le tableau de la distribution de l'IMC par province, on notera par exemple le cas du Luxembourg, qui compte à la fois le plus d'obèses et le moins de personnes préoccupées par leur poids.

5.5.2.3. Méthodes utilisées pour maigrir ou maintenir son poids (Indicateurs NU02_1 à NU02_6)

Dans cette question, les personnes étaient invitées à citer toutes les méthodes qu'ils utilisent pour essayer de maigrir ou de maintenir leur poids. Les réponses ont été traitées comme une question à choix multiples (les pourcentages représentent la proportion de personnes qui utilisent l'une ou l'autre méthode. Le pourcentage total d'une ligne peut donc être supérieur à 100%), séparément

5.5.2.3.1 Méthodes utilisées pour maigrir.

La plupart des personnes qui désirent maigrir ont une approche diététique (94%) Un tiers dit aussi augmenter son niveau d'exercice physique et 2% seulement utilisent des méthodes comportementales dont l'efficacité est pourtant prouvée. Ces trois catégories de méthodes, combinées si possibles sont recommandées comme étant les plus efficaces, surtout à moyen et long terme, et les moins dangereuses, à condition bien sûr que le régime vise à un équilibre alimentaire correct et ne soit pas une restriction calorique pure et simple.

On note également une proportion non négligeable d'utilisateurs de méthodes non recommandées: 17% des personnes interrogées disent utiliser des produits commerciaux: thés, médicaments, gélules diverses, repas de substitution ou modificateurs du bol alimentaire, et 17% également sautent des repas ou jeûnent.

Renverser les propositions peut être aussi parlant: deux tiers des personnes qui désirent maigrir n'augmentent pas leur niveau d'exercice physique.

Comparaisons en fonction de certaines caractéristiques individuelles.

Cet exercice est utile pour identifier des sous-groupes sans doute plus à risque de se lancer dans des procédures qu'on annonce miraculeuses, et qui se retrouvent principalement dans la catégorie "produits commerciaux". Il va de soi que dans les méthodes dites diététiques, nous pouvons trouver le meilleur et le pire, mais nous n'avons pas la possibilité de distinguer ici.

L'exercice physique est plus souvent rapporté par les hommes, par les personnes jeunes, celles qui se sentent en bonne santé ou habitent la région flamande. Une consommation de tabac de 20 cigarettes ou plus par jour est négativement associée à l'augmentation du niveau d'exercice dans le but de maigrir.

Les produits commerciaux sont d'autant moins utilisés que l'âge et le niveau de diplôme augmente. Ils sont plus utilisés quand les personnes se sentent en mauvaise santé. Il n'y a pas de relation franche en fonction du niveau de revenu mais 20% des personnes désirant maigrir et ayant un niveau de revenu très bas ont recours aux produits commerciaux pour maigrir.

Le jeûne est plus utilisé par les femmes (17%), lorsque le niveau de diplôme baisse (35% pour les personnes sans diplôme et 14% pour les personnes ayant un diplôme de l'école secondaire supérieur ou plus) Il est également plus rapporté par les personnes qui se sentent en mauvaise santé, qui fument ou habitent la région bruxelloise.

5.5.2.3.2 Méthodes utilisées pour maintenir son poids.

Les méthodes utilisées pour maintenir le poids ne sont pas vraiment différentes. On note un peu plus d'exercice physique (36%), un peu moins d'approche diététique (90%) . Encore un dixième des personnes qui désirent maintenir leur poids jeûnent pour y arriver et presque autant utilisent des produits commerciaux ou de substitution.

Les mesures diététiques sont un peu moins utilisées par les plus jeunes (15-24 ans: 80%). Par contre, ils jeûnent plus souvent.

5.5.2.4. Qui conseille de maigrir (NU03_1 à NU03_5)

En Belgique, 80% des personnes déclarent essayer de maigrir de leur propre chef, et ce, d'autant plus que le niveau du diplôme ou des revenus augmente et qu'on se sent en bonne santé, et d'autant moins qu'on est un ancien fumeur ou que l'on fume toujours 20 cigarettes ou plus par jour.

Lorsque c'est un médecin qui prend l'initiative, il s'agit plus souvent d'un généraliste (22%) que d'un spécialiste (8%). Le généraliste joue un plus grand rôle pour les hommes (28%) que pour les femmes (18%).

5.5.3. Conclusions

L'excès de poids et l'obésité sont fréquents, surtout dans les couches plus défavorisées de la population ou chez les personnes qui fument beaucoup. C'est aussi dans ces groupes qu'il y a le moins de personnes préoccupées par leur poids et le plus de personnes qui utilisent des méthodes amaigrissantes non recommandées. En Wallonie, les attitudes face à l'excès de poids sont moins liées que dans les autres régions aux caractéristiques socio-économiques mais elles sont moins bonnes dans leur ensemble.

Les modules sur les habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique de loisir nous montrent que ce sont toujours ces mêmes groupes qui ont les habitudes les moins favorables, peut-être moins pour des raisons de connaissance que pour des raisons économiques, de manque de temps ou d'opportunités (moyens de déplacement limités, habitat, connaissance des possibilités offertes etc.) .

La prévalence de la maigreur peut être un point d'appel dans deux catégories de personnes: d'une part, on considère que la perte de poids après 65 ans est un facteur de mauvais pronostic.(5) D'autre part, en dessous de 45 ans et chez les très jeunes femmes en particulier, on doit tenir compte dans l'appréciation des résultats de la forte pression sociale pour que les femmes soient minces, et des conséquences que cela peut entraîner, et notamment les tendances anorexiques franches ou latentes. Au delà d'une efficacité plus grande des efforts pour rester mince, il y a peut-être aussi un biais dans les déclarations (sous évaluation du poids).

La question des liens entre consommation de tabac et excès de poids, voire obésité, vaut la peine d'être soulevée et commentée. L'IMC moyen est le plus élevé chez les anciens fumeurs. Il semble cependant que l'augmentation de poids qui survient après avoir arrêté de fumer est de type gynoïde et a donc peu de répercussions au niveau cardio-vasculaire. Par ailleurs, le tabagisme a récemment été identifié comme stratégie de maintien du poids, surtout chez les adolescents. Il faut noter à ce propos que toutes autres choses étant égales, il semble qu'un excès de poids modéré est moins dangereux que la consommation de tabac (5)

5.5.4. Bibliographie

1. Must a., Dallal G.E., Dietz W.G. - Reference dartz for Obesity: 85th and 95th percentiles of Body Mass Index (w/htx) and triceps skinfold thickness. *Am. J. Clin. Nutr.* 1991; 53: 839-846.
2. Poskitt E. - Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI). *Acta Paediatr* 1995; 84: 961-963.
3. de Bruin A., Picavet H.S.J., Nossikov A. - Health Interview surveys; towards international harmonization of methods and instruments. 1996; WHO: 1-60. (Abstract)
4. Gross P. - Epidémiologie et risques de l'obésité. *Rev. Prat.* 1984; 34: 3083-3094.
5. Ancona C, Delvaux D, Sokal G, and Tellier V. *Maigrir: une question de santé publique à part entière.* Bruxelles. Femmes Prévoyantes Socialistes, 1996; 1-62.
6. Blair S.N., Shaten J., Brownell K., Collins G., Lissner L. - Body weight change, all-cause mortality, and cause-specific mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial [see comments]. *Ann. Intern. Med.* 1993; 119: 749-757.
7. Andres R., Muller D.C., Sorkin J.D. - Long-term effects of change in body weight on all-cause mortality. A review [see comments]. *Ann. Intern. Med.* 1993; 119: 737-743.
8. Higgins M., D'Agostino R., Kannel W., Cobb J., Pinsky J. - Benefits and adverse effects of weight loss. Observations from the Framingham Study [published erratum appears in *Ann Intern Med* 1993 Nov 15;119(10):1055]. *Ann. Intern. Med.* 1993; 119: 758-763.
9. Paxton S., Wertheim E.H. - Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence* 1991; 20-3: 361-379.
10. Bray G.A. - Obesity, overweight and related eating disorders: an overview. *Medicographia* 1989; 11,3: 3-7.
11. Lundholm J.K., Littrel J.M. - Desire for thinness among high school cheerleaders: relationship to disordered eating and weight control behaviors. *Adolescence* 1986; 21 (83): 573-579.
12. De Maeseneer J, De Prins L, Gosset C et al. Fidélité au médecin généraliste et consommation des soins de santé: une approche multivariée. Rapport technique.. Bruxelles. INAMI, 1998; 1-190.