

Entre chiffres et miroir : portrait et évolution du statut pondéral selon l'indice de masse corporelle et de la perception du poids au Québec de 2008 à 2020-2021

SURVEILLANCE DES HABITUDES DE VIE

NUMÉRO 12

SURVEILLANCE ET VIGIE

JANVIER 2026

SURVEILLANCE ET VIGIE

AUTRICE ET AUTEUR

Julie Riopel-Meunier, conseillère scientifique
Mathieu Langlois, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Éric Pelletier, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

Marie-Claude Paquette, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés,
Institut national de santé publique du Québec

Michael Iro, agent de planification de programmation et de recherche
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Madalina Burtan, conseillère en transfert de connaissances
Secrétariat général, Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Jean-Philippe Chaput, professeur et scientifique de recherche,
Recherche sur les saines habitudes de vie et l'obésité | CHEO Institut de recherche

Frédéric Lemay, agent de planification de programmation et de recherche
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec

Rasmi Tith, conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations,
Institut national de santé publique du Québec

Éric Vallières, analyste de recherche
Unité de la capacité en santé publique et mobilisation des connaissances,
Agence de la santé publique du Canada

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'autrice et l'auteur ainsi que les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2291-5486
ISBN : 978-2-555-03574-4 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/QIAM9677>

© Gouvernement du Québec (2026)

AVANT-PROPOS

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

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

Le présent rapport de surveillance s'intéresse à l'évolution du statut pondéral, de la perception du poids et de leur concordance chez les adultes québécois entre 2008 et 2020-2021. Il vise à mieux comprendre comment ces dimensions, en lien avec certaines caractéristiques sociales et psychosociales, se transforment dans le temps et contribuent à éclairer les enjeux de santé publique liés au poids et à l'image corporelle. Cette production s'inscrit dans la mission de surveillance de l'état de santé de la population du Québec et de ses déterminants.

Il a été élaboré à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux et financé par celui-ci dans le cadre du volet surveillance des habitudes de vie, maladies chroniques et comportements, de l'entente spécifique portant sur la surveillance continue de l'état de santé de la population.

Ce document vise à appuyer les décideurs et leurs équipes professionnelles traitant de dossiers liés au statut pondéral et à l'image corporelle, notamment au sein des directions régionales de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il peut également guider les personnes impliquées dans le développement et la mise en œuvre de programmes, d'interventions et de services visant la prévention et la surveillance de cette thématique, comme les diététistes-nutritionnistes, les autres professionnels et professionnelles de la santé, les équipes de recherche et les universitaires, ainsi que leurs partenaires.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VI
GLOSSAIRE	VII
LISTE DES ACRONYMES	VIII
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	4
2 MÉTHODOLOGIE	5
2.1 Source de données	5
2.1.1 Population	5
2.1.2 Statut pondéral.....	5
2.1.3 Perception du poids corporel	6
2.1.4 Concordance entre la perception du poids et le statut pondéral.....	6
2.1.5 Détresse psychologique.....	7
2.2 Analyses statistiques	7
3 RÉSULTATS.....	8
3.1 Statut pondéral	8
3.1.1 Portrait	8
3.1.2 Évolution du statut pondéral selon l'indice de masse corporelle entre 2008 et 2020-2021	11
3.2 Perception du poids	13
3.2.1 Portrait	13
3.2.2 Évolution de la perception du poids de 2008 à 2020-2021	15
3.3 Concordance avec le statut pondéral	16
3.3.1 Portrait en 2020-2021	16
3.3.2 Évolution de la concordance entre le statut pondéral selon l'indice de masse corporelle et la perception du poids entre 2008 et 2020-2021	21
4 DISCUSSION.....	23
4.1 Statut pondéral selon l'indice de masse corporelle	23
4.2 Perception du poids	25
4.3 Concordance entre le statut pondéral et la perception du poids.....	26

4.4	Limites.....	28
5	CONCLUSION.....	29
6	RÉFÉRENCES.....	30
ANNEXE 1	RÉPARTITION (%) DU STATUT PONDÉRAL DES ADULTES QUÉBÉCOIS, SELON L'ÂGE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021	36
ANNEXE 2	RÉPARTITION (%) DU STATUT PONDÉRAL DES ADULTES QUÉBÉCOIS SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021	37
ANNEXE 3	RÉPARTITION (%) DU STATUT PONDÉRAL DES ADULTES QUÉBÉCOIS SELON LE NIVEAU DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021.....	38
ANNEXE 4	RÉPARTITION (%) DE LA PERCEPTION DU POIDS DES ADULTES QUÉBÉCOIS, SELON L'ÂGE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021	39
ANNEXE 5	RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION DE 18 ANS ET PLUS SELON LA CONCORDANCE DE LA PERCEPTION DU POIDS PAR RAPPORT AU STATUT PONDÉRAL SELON L'ÂGE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021	40
ANNEXE 6	RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION DE 18 ANS ET PLUS SELON LA CONCORDANCE DE LA PERCEPTION DU POIDS PAR RAPPORT AU STATUT SELON LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021.....	41

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Catégories de la concordance	6
Tableau 2	Répartition ¹ (%) du statut pondéral des adultes québécois, selon certaines caractéristiques, Québec, 2020-2021	10
Tableau 3	Répartition ¹ (%) de la perception du poids des adultes québécois selon certaines caractéristiques, Québec, 2020-2021.....	14
Tableau 4	Répartition ¹ (%) de la concordance entre la perception du poids et le statut pondéral des adultes québécois, selon certaines caractéristiques, Québec, 2020-2021	17
Figure 1	Évolution de la répartition ¹ du statut pondéral des adultes québécois selon leur genre, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 à 2020-2021	12
Figure 2	Évolution de la répartition ¹ de la perception du poids des adultes québécois selon leur genre, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 à 2020-2021	15
Figure 3	Perception des hommes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des hommes qui se perçoivent de poids normal (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021.....	18
Figure 4	Perception des femmes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des femmes qui se perçoivent de poids normal (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021.....	19
Figure 5	Perception des hommes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des hommes qui se perçoivent en excès de poids (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021.....	20
Figure 6	Perception des femmes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des femmes qui se perçoivent en excès de poids (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021.....	21
Figure 7	Évolution de la concordance du statut pondéral et de la perception du poids selon le genre, 2008 à 2020-2021.....	22

GLOSSAIRE

Adiposité abdominale : Accumulation de masse grasse au niveau de la région abdominale. Elle se mesure habituellement par le tour de taille ou le rapport taille-hanche et constitue un facteur de risque cardiométabolique indépendant de l'indice de masse corporelle (IMC).

Concordance du poids perçu et poids autodéclaré : Degré d'accord entre la catégorie de poids telle qu'autoévaluée par l'individu et celle calculée à partir de l'IMC. Une concordance élevée reflète une bonne exactitude de la perception, alors que la discordance se traduit par une sous-estimation ou une surestimation du poids.

Détresse psychologique : État psychologique défini par la présence de symptômes d'anxiété, de dépression, d'irritabilité ou d'agitation. Dans les enquêtes de santé publique, elle est évaluée par des échelles standardisées, comme le *Kessler Psychological Distress Scale* (K6).

Défavorisation matérielle : Indice composite mesurant le niveau relatif de privation socioéconomique d'une personne ou d'une population, basé sur des dimensions telles que le revenu, la scolarité et l'emploi. Cet indicateur est fréquemment utilisé pour documenter les inégalités sociales de santé.

Embonpoint : Catégorie de statut pondéral correspondant à un IMC situé entre 25,0 et 29,9 kg/m² chez l'adulte. L'embonpoint peut être associé à un risque accru de développer certaines maladies chroniques, surtout lorsqu'il s'accompagne d'adiposité abdominale.

Image corporelle : Représentation mentale et affective qu'une personne se fait de son propre corps. Elle englobe les perceptions, croyances, attitudes et émotions à l'égard de son apparence physique. L'image corporelle peut influencer les comportements de santé et le bien-être psychologique.

Indice de masse corporelle (IMC) : Indicateur anthropométrique calculé en divisant le poids (kg) par la taille (m²). L'IMC sert à classer le statut pondéral en quatre grandes catégories chez l'adulte : insuffisance pondérale (< 18,5), poids normal (≥ 18,5 et < 25,0), embonpoint (≥ 25,0 et < 30,0) et obésité (≥ 30,0).

Insuffisance pondérale : Catégorie de statut pondéral définie par un IMC < 18,5 kg/m² chez l'adulte. Elle peut être associée à des risques pour la santé, notamment une vulnérabilité accrue aux infections, une perte de masse musculaire et des carences nutritionnelles.

Méthode statistique *logit-Wald* : Méthode statistique qui utilise la régression logistique pour estimer des proportions ou probabilités ajustées dans des données d'enquêtes ou de surveillance populationnelle.

Obésité : Catégorie de statut pondéral définie par un IMC $\geq 30,0$ kg/m². Elle peut constituer un facteur de risque majeur pour plusieurs maladies chroniques, dont le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Perception du poids : Évaluation subjective faite par un individu concernant sa propre corpulence, souvent mesurée dans les enquêtes par des catégories telles que « trop maigre », « poids à peu près normal » ou « embonpoint ». Cette perception peut diverger de l'IMC mesuré objectivement.

Poids normal : Catégorie de statut pondéral définie par un IMC compris entre 18,5 et 25 kg/m² chez l'adulte. Cette catégorie est généralement associée à un plus faible risque de développer des problèmes de santé.

Sous-estimation du poids : Discordance entre la perception du poids et le statut pondéral, caractérisée par une perception d'appartenance à une catégorie inférieure à la réalité.

Surestimation du poids : Discordance inverse à la sous-estimation, où une personne se perçoit dans une catégorie de poids supérieure à celle mesurée.

Statut pondéral : Classification du poids corporel basée sur l'IMC. Chez l'adulte, il comprend quatre catégories principales : insuffisance pondérale, poids normal, embonpoint et obésité.

LISTE DES ACRONYMES

EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IMC	Indice de masse corporelle

FAITS SAILLANTS

Pour promouvoir la santé mentale et l'image corporelle positive, il est essentiel de prendre en compte les dimensions psychologiques et sociales liées à la perception du poids. Cette étude vise à décrire la répartition du statut pondéral, la perception du poids et leur concordance chez les adultes québécois, à examiner leur évolution de 2008 à 2020-2021 et à mettre en lumière les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques et psychosociales.

En lien avec le statut pondéral :

- En 2020-2021, 32 % des hommes et 45 % des femmes ont un poids dans la catégorie *poids normal*, 43 % des hommes et 29 % des femmes ont un indice de masse corporelle (IMC) dans la catégorie *embonpoint*, et environ 23 % des deux genres dans celle *obésité*.
- La proportion d'IMC de la catégorie *poids normal* diminue avec l'âge (56 % chez les 18-24 ans comparativement (c.) à 33 % chez les 45-64 ans), tandis que celle *obésité* augmente (14 % chez les 18-24 ans c. à 27 % chez les 45-64 ans).
- Les personnes plus scolarisées, plus actives et vivant dans des milieux favorisés présentent plus souvent un IMC dit *normal* et moins souvent un IMC de la classe *obésité*.
- La proportion d'IMC dit *normal* a diminué de 2008 à 2020-2021, alors que celle *obésité* a augmenté chez les deux genres (hommes : 17 % c. à 24 %, femmes : 15 % c. à 23 %).

En lien avec les perceptions du poids corporel :

- En 2020-2021, les femmes se perçoivent plus souvent en excès de poids que les hommes (46 % c. à 38 %), et une perception d'excès de poids est associée à l'âge et à la détresse psychologique.
- De 2008 à 2020-2021, la perception d'un excès de poids est en hausse chez les femmes (41 % c. à 46 %) et stable chez les hommes.
- Les hommes sous-estiment plus souvent leur poids que les femmes (32 % c. à 13 %), et cette sous-estimation est plus fréquente avec l'âge, la défavorisation et un faible niveau de scolarité.
- Une détresse psychologique élevée est également liée à une perception plus fréquente d'un excès de poids (45 % c. à 38 % chez les personnes présentant une détresse faible).
- Parmi ceux qui se perçoivent de poids normal, près de la moitié des hommes, mais plus de 70 % des femmes ont réellement un IMC dans la catégorie poids normal, les autres étant majoritairement dans celle embonpoint.
- Les femmes tendent à surestimer leur poids sous l'effet de normes sociales valorisant la minceur, tandis que les hommes le sous-estiment plus souvent, reflétant une normalisation culturelle d'une corpulence plus élevée.
- La perception et la concordance du poids varient selon le niveau de scolarité et la défavorisation matérielle.
- Les divergences entre IMC et perception du poids soulignent l'importance de stratégies de santé publique sensibles aux différences de genre et aux inégalités sociales.

SOMMAIRE

Mise en contexte

Les préoccupations liées au poids s'inscrivent depuis longtemps dans des dynamiques sociales, culturelles et économiques. L'image corporelle, définie comme les perceptions, pensées et sentiments qu'une personne entretient à l'égard de son corps, joue un rôle central dans la vie quotidienne et influence le bien-être. Toutefois, des écarts existent souvent entre la perception du poids et le statut pondéral, ce qui peut orienter des comportements comme l'alimentation, l'activité physique ou la participation sociale. L'étude de la concordance entre le poids perçu et l'indice de masse corporelle (IMC) permet de mieux comprendre ces dynamiques, en lien avec les inégalités sociales et la stigmatisation associée au poids. Au Québec, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) réalisée en 2008, 2014-2015 et 2020-2021 fournit un cadre privilégié pour analyser ces phénomènes.

Objectifs

Cette étude vise à :

- décrire la répartition du statut pondéral, la perception du poids et leur concordance chez les adultes québécois;
- examiner leur évolution de 2008 à 2020-2021 et mettre en lumière les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques et psychosociales.

Méthodologie

Les données proviennent des trois cycles de l'EQSP menés auprès d'échantillons représentatifs d'adultes de 18 ans et plus. Le statut pondéral a été estimé à partir de l'IMC calculé selon le poids et la taille autodéclarés, puis classé en quatre catégories (insuffisance pondérale, poids normal, embonpoint, obésité). La perception du poids a été mesurée par une auto-évaluation (trop maigre, poids à peu près normal, embonpoint). La concordance a été estimée en comparant la perception et le statut pondéral. Les estimations ont été pondérées, standardisées selon l'âge (recensement 2016) et analysées par tests du chi carré et *logit-Wald* avec un seuil de signification de 1 %. Il est important de noter que l'IMC, bien qu'imparfait pour caractériser la santé individuelle, reste un outil pertinent de surveillance populationnelle et est utilisé ici de manière prudente pour examiner la concordance entre le statut pondéral et la perception du poids.

Résultats

En 2020-2021, 43 % des hommes et 29 % des femmes présentaient un embonpoint, tandis que 24 % et 23 % respectivement se situaient dans la catégorie obésité. Le poids normal était plus fréquent chez les femmes (45 %) que chez les hommes (32 %). La prévalence de l'obésité augmentait avec l'âge, atteignant 27 % chez les 45-64 ans. De 2008 à 2020-2021, la proportion de poids normal a diminué (hommes : de 37 % à 32 %; femmes : de 54 % à 45 %), alors que l'obésité a augmenté (hommes : de 17 % à 24 %; femmes : de 15 % à 23 %). L'embonpoint a légèrement baissé chez les hommes (de 45 % à 43 %) et progressé chez les femmes (de 27 %

à 29 %). Concernant la perception, environ la moitié des adultes jugeaient leur poids « à peu près normal » (58 % des hommes, 52 % des femmes). Toutefois, 46 % des femmes se percevaient en embonpoint, comparativement à 38 % des hommes. Les jeunes adultes de 18 à 24 ans étaient proportionnellement plus nombreux à s'estimer trop maigres (7 %) ou de poids normal (66 %), tandis que les 45-64 ans étaient plus enclins à se percevoir en embonpoint (51 %). De 2008 à 2020-2021, la proportion de femmes se percevant en embonpoint a augmenté de 41 % à 46 %, alors qu'elle est demeurée stable chez les hommes (de 37 % à 38 %). La perception d'un poids normal a diminué dans les deux sexes. En ce qui concerne la concordance, 79 % des femmes et 66 % des hommes évaluaient correctement leur poids en 2020-2021. Les hommes sous-estimaient plus fréquemment leur poids (32 % comparativement à 13 % chez les femmes), tandis que ces dernières avaient davantage tendance à le surestimer (9 % c. à 3 %). La sous-estimation augmentait avec l'âge, passant de 18 % chez les 18-24 ans à 27 % chez les 65 ans et plus.

Discussion

Ces résultats mettent en évidence une évolution marquée du statut pondéral et de la perception du poids chez les adultes québécois. L'augmentation de la catégorie *obésité* s'accompagne d'une hausse de la perception d'embonpoint, particulièrement chez les femmes. Les hommes, pour leur part, ont tendance à sous-estimer leur poids, ce qui reflète des normes de genre distinctes en matière d'image corporelle. Les analyses montrent aussi que les écarts de concordance varient selon les caractéristiques sociales : les personnes plus scolarisées ou vivant dans un contexte de moindre défavorisation matérielle présentent des prévalences d'obésité plus faibles. Par ailleurs, la détresse psychologique est associée à une perception plus fréquente d'embonpoint et à une obésité plus élevée; ces relations pourraient être bidirectionnelles, traduisant une interaction complexe entre santé mentale et image corporelle.

Conclusion

De 2008 à 2020-2021, la prévalence de la catégorie *obésité* a augmenté chez les adultes québécois, tandis que celle du *poids normal* a diminué. Cette évolution s'accompagne de différences selon le genre dans la perception du poids, avec une hausse de la perception d'un excès de poids chez les femmes et peu de changement chez les hommes malgré l'augmentation de l'obésité. Ces divergences entre l'IMC et la perception du poids soulignent l'importance de stratégies de santé publique sensibles aux différences des genres et aux inégalités sociales. La prise en compte de la perception du poids, en plus du statut pondéral, enrichit la compréhension de l'état de santé de la population et contribue à orienter les actions de santé publique pour mieux répondre aux besoins et aux réalités selon les caractéristiques sociodémographiques.

1 INTRODUCTION

Au fil du temps, les préoccupations liées au poids ont été façonnées par divers facteurs sociaux, culturels et économiques [1–3]. Les normes esthétiques, les messages médiatiques et les pressions sociales influencent la façon dont les individus perçoivent leur poids, parfois indépendamment de leur statut pondéral réel [4]. L'image corporelle — un concept qui englobe perceptions, pensées et sentiments envers son corps — varie selon plusieurs caractéristiques personnelles et contextuelles [5]. Elle joue un rôle important dans la vie quotidienne et peut avoir un impact notable sur la qualité de vie [6–8].

Dans ce contexte, la perception du poids devient un indicateur pertinent pour comprendre certains comportements, attitudes et écarts entre l'image corporelle et la réalité pondérale autodéclarée. Une perception erronée du poids, soit une discordance entre la perception personnelle et le statut pondéral réel, peut influencer des comportements liés à la santé, comme l'alimentation et l'activité physique, ainsi que l'estime de soi ou la participation sociale, en particulier chez les personnes dont le corps s'écarte des normes dominantes [2]. L'analyse de la concordance ou de la discordance entre la perception du poids et le statut pondéral mesuré, ainsi que de leur évolution dans le temps, permet de mieux comprendre comment ces indicateurs évoluent au sein de la population et selon les groupes sociaux, et de documenter les inégalités sociales liées au poids [5].

Au Québec, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), réalisée tous les six ans, offre un cadre méthodologique robuste pour explorer ces enjeux. Les données des éditions de 2008, 2014-2015 et 2020-2021 permettent d'examiner l'évolution du statut pondéral — mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC) autorapporté — ainsi que la perception qu'en ont les adultes québécois. Il convient toutefois de souligner que l'IMC, bien qu'utile à des fins de surveillance populationnelle, comporte des limites importantes lorsqu'il est utilisé pour caractériser la santé d'un individu. « L'obésité » définie par l'IMC n'est pas une condition homogène. Elle ne devrait donc pas faire l'objet d'interventions universelles fondées exclusivement sur cette mesure [9]. Dans le présent rapport, l'IMC est utilisé de manière prudente, pour établir des comparaisons entre le statut pondéral et la perception du poids. L'objectif n'est pas d'évaluer la santé des individus, mais bien de mieux comprendre les écarts de perception à l'échelle populationnelle et les dynamiques sociales qui y sont associées.

Dans une perspective de santé publique inclusive et équitable, cette analyse s'inscrit dans les orientations actuelles de la prévention et de la surveillance en santé publique, qui visent à mieux comprendre les facteurs individuels et collectifs influençant les parcours de vie. [10]. Par ailleurs, dans un contexte où la stigmatisation liée au poids est de plus en plus reconnue comme un déterminant social de la santé, l'étude des perceptions devient particulièrement pertinente. Une meilleure compréhension des écarts entre perception et statut pondéral autorapporté peut soutenir des interventions sensibles aux enjeux de stigmatisation et favoriser l'élaboration de politiques publiques plus justes et inclusives.

À partir des données de l'EQSP, le présent rapport a pour objectifs de :

- brosser un portrait du statut pondéral, de la perception du poids corporel ainsi que la concordance entre les deux chez les adultes québécois et d'en analyser l'évolution depuis 2008;
- mettre en lumière les différences observées selon diverses caractéristiques sociodémographiques.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source de données

L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) a été réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) afin de fournir de l'information nécessaire à l'exercice de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population, à l'échelle du Québec, des régions sociosanitaires et des réseaux locaux de services. L'EQSP vise à combler des besoins d'information prioritaires sur l'état de santé et le bien-être de la population au Québec, ainsi que sur leurs déterminants, en documentant une sélection d'indicateurs.

Cette publication repose sur l'analyse des données issues des trois cycles de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), menés respectivement en 2008, 2014-2015 et 2020-2021. L'EQSP est une enquête transversale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise. Ces cycles ont permis de recueillir des informations sur divers aspects de la santé, incluant la perception du poids, les habitudes de vie, et la santé mentale.

2.1.1 Population

Les données analysées proviennent de répondants adultes âgés de 18 ans et plus. Chaque cycle de l'EQSP a utilisé une méthode d'échantillonnage stratifié, aléatoire et probabiliste, permettant de garantir la représentativité des résultats pour la population québécoise.

2.1.2 Statut pondéral

La variable populationnelle pour catégoriser le poids des individus est l'IMC. Ce dernier a été calculé en divisant le poids par la taille au carré (kg/m^2) [11]. Les données anthropométriques nécessaires à ce calcul sont autodéclarées, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas été mesurées directement sur les répondants. Cette façon de faire est connue pour sous-estimer l'IMC, car les personnes ont tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids [12]. L'IMC est corrélé à la masse adipeuse corporelle, bien que cette relation varie en fonction de l'âge, du genre, de la race et de l'origine ethnique [13]. Les calculs de l'IMC sont traduits par un nombre qui correspond à quatre catégories de poids. Les valeurs inférieures peuvent indiquer une adiposité moindre, ce qui se traduit par les catégories de poids suivantes : *insuffisant* ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$) et de poids dit *normal* ou de *référence* ($\geq 18,5$ et $< 25,0 \text{ kg/m}^2$). Des valeurs plus élevées peuvent indiquer un pourcentage de masse adipeuse plus important, ce qui se traduit

par les catégories *embonpoint* ($\geq 25,0$ et $< 30,0$ kg/m²) ou *obésité* (≥ 30 kg/m²). Chez les personnes de 65 ans et plus, certaines études et recommandations cliniques suggèrent que le risque de mortalité est moindre pour des valeurs d'IMC plus élevées, et proposent des plages d'IMC de 22 à 27 kg/m² ou de 23 à 29 kg/m² comme zone « optimale » [14–16].

Il est important de souligner que, selon les recommandations récentes de la Commission du *Lancet* sur l'obésité clinique [17], l'IMC ne devrait pas être utilisé seul pour diagnostiquer l'obésité à l'échelle individuelle. En effet, l'IMC peut à la fois sous-estimer et surestimer l'adiposité et n'offre pas une mesure fiable de l'état de santé individuel. Toutefois, ces limites ne remettent pas en cause son utilité dans les enquêtes populationnelles. Ainsi, dans le cadre de cette étude, l'IMC est utilisé comme un indicateur approximatif du risque pour la santé à l'échelle de la population — à des fins épidémiologiques — et non comme un outil de diagnostic individuel.

2.1.3 Perception du poids corporel

La perception du poids a été évaluée en demandant aux participants comment ils se perçoivent en ce qui concerne leur poids (poids insuffisant, poids normal, ou excès de poids). Cette variable a ensuite été comparée au statut pondéral calculé à partir de l'IMC, basé sur le poids et la taille autorapportés.

2.1.4 Concordance entre la perception du poids et le statut pondéral

La concordance entre la perception du poids et le statut pondéral est catégorisée à l'aide de l'IMC. Les catégories ainsi formées sont présentées au tableau 1 [18]. La perception erronée du poids corporel inclut la sous-estimation (se percevoir plus maigre) et la surestimation (se percevoir plus gros).

Tableau 1 Catégories de la concordance

		Perception du poids		
		Trop maigre	À peu près normal	Excès de poids
Statut pondéral (IMC)	Poids insuffisant ($< 18,5$ kg/m ²)	Perception juste	Surestimation	Surestimation
	Poids normal ($\geq 18,5$ et $< 25,0$ kg/m ²)	Sous-estimation	Perception juste	Surestimation
	Embonpoint ($\geq 25,0$ et $< 30,0$ kg/m ²)	Sous-estimation	Sous-estimation	Perception juste
	Obésité (≥ 30 kg/m ²)	Sous-estimation	Sous-estimation	Perception juste

2.1.5 Détresse psychologique

L'échelle de détresse psychologique est basée sur l'échelle de Kessler (K6) [19]. Cette échelle permet d'identifier les répondants présentant des niveaux élevés de détresse psychologique.

2.2 Analyses statistiques

Pour tous les cycles utilisés, les poids de sondage de l'EQSP ont été ajustés pour corriger la non-réponse totale et ainsi minimiser tout biais potentiel. Ces poids tiennent également compte de plusieurs caractéristiques issues du fichier d'information sur la population active (FIPA) — notamment l'âge, le sexe, le nombre de personnes au ménage, la présence d'un conjoint ou d'une conjointe et la langue de correspondance — afin d'améliorer la représentativité des estimations [20]. Le taux de non-réponse partielle, c'est-à-dire pour certaines questions seulement, variait entre 0,6 % et 3,6 % selon le cycle, mais n'a pas fait l'objet d'un ajustement spécifique. Des validations approfondies des estimations tirées de l'enquête ont également été effectuées et examinées selon une perspective d'analyse du biais.

Le mode de collecte a varié d'un cycle de l'EQSP à l'autre ; l'EQSP 2008 ayant été réalisée uniquement au téléphone, l'EQSP 2014-2015, au moyen d'une stratégie de collecte mixte (téléphonique et multimode), et l'EQSP 2020-2021, au moyen d'une collecte multimode exclusivement. Cependant, les indicateurs utilisés dans ce projet n'ont pas été affectés par le changement de mode de collecte.

Les analyses descriptives ont été utilisées pour brosser un portrait du statut pondéral et des perceptions du poids dans la population adulte québécoise. Les caractéristiques sociodémographiques (ex. : sexe, groupe d'âge, scolarité, défavorisation matérielle) et psychosociales (ex. : détresse psychologique) retenues sont celles qui, selon la littérature scientifique, sont les plus fréquemment associées au statut pondéral, à la perception du poids ou à la concordance entre les deux. Les proportions et les intervalles de confiance ont été calculés pour chacune des variables, en tenant compte du plan d'échantillonnage complexe de l'EQSP.

Des tests du chi-carré ont été utilisés pour examiner si les proportions varient globalement d'un sous-groupe à l'autre. Lorsqu'une association significative était détectée, les paires de sous-groupes pour lesquels les proportions diffèrent ont été identifiées en réalisant des tests *logit-Wald* [21].

L'évolution temporelle a été examinée en comparant les proportions ajustées (standardisation directe) estimées en 2008, 2014-2015 et 2020-2021. Les proportions ont été ajustées selon la structure d'âge (15-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2020-2021 pour l'ensemble du Québec, et des tests *logit-Wald* ont été effectués.

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide de SAS en utilisant un seuil de signification de 1 %. Les estimations dont le coefficient de variation est supérieur à 15 %, mais inférieur ou égal à 25 % doivent être interprétées avec prudence et les estimations dont le coefficient de variation est supérieur à 25 % ne sont présentées qu'à titre indicatif puisqu'il y a une variabilité trop élevée.

3 RÉSULTATS

3.1 Statut pondéral

3.1.1 Portrait

Au Québec, en 2020-2021, 43 % des hommes et 29 % des femmes ont un IMC classé dans la catégorie *embonpoint* et environ 23 % dans celle *obésité* pour les deux genres. Une proportion plus grande de femmes que d'hommes est présente dans la catégorie *normal* (45 % c. à 32 %) (tableau 2).

L'analyse par groupe d'âge révèle une diminution de la proportion de personnes ayant un IMC dans l'intervalle *normal* avec l'avancement en âge. Chez les 18-24 ans, plus de la moitié (56 %) présentent un IMC dans la plage dite *normal*, mais cette proportion chute à 33 % chez les 45-64 ans. Parallèlement, la proportion de personnes ayant un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ augmente avec l'âge, atteignant 27 % chez les 45-64 ans avant de redescendre légèrement à 22 % chez les 65 ans et plus. Il est important de considérer que, chez les personnes de 65 ans et plus, l'intervalle dit *normal* de l'IMC peut s'étendre d'une valeur légèrement supérieure à $18,5 \text{ kg/m}^2$ jusqu'à inclure des valeurs situées dans l'intervalle de la catégorie *embonpoint*. Pour des résultats plus précis selon le genre et l'âge combinés, il est possible de consulter l'annexe 1.

Le niveau de scolarité semble également être associé à la répartition des catégories de l'IMC. Les personnes ayant un diplôme universitaire affichent une plus forte proportion de l'IMC dans la catégorie *normal* (44 %) et une proportion plus faible d'IMC dans la catégorie *obésité* (18 %), comparativement aux individus n'ayant pas terminé leurs études secondaires (32 % et 28 %, respectivement). Pour plus de détails selon le genre, voir l'annexe 2.

Les personnes présentant une détresse psychologique élevée se retrouvent plus fréquemment dans les catégories de poids *normal* et *embonpoint* que dans celle de l'*obésité* (environ 39 %, 33 % et 25 %, respectivement). Toutefois, la prévalence de la catégorie *obésité* augmente avec le niveau de détresse psychologique.

Les personnes qui atteignent le niveau supérieur des recommandations en matière d'activité physique (300 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée ou 150 minutes par semaine d'intensité vigoureuse) [22] présentent une plus forte proportion d'IMC se situant dans la plage dite *normal* (44 %) et une proportion plus faible dans celle correspondant à *obésité* (17 %). En revanche, la proportion associée à l'IMC *obésité* augmente à mesure que le niveau d'activité physique diminue, tandis que celui de l'*embonpoint* varie peu entre les groupes.

Les conditions socioéconomiques influencent également la répartition selon les catégories d'IMC. Il est possible d'observer que plus la défavorisation matérielle est élevée, plus la proportion d'adultes ayant un IMC dans la catégorie *normal* est faible (45 % c. à 35 %). À l'inverse, la proportion de personnes ayant un IMC qui se situe dans la plage *obésité* est plus élevée avec un niveau de défavorisation accru (18 % c. à 28 %). Les données détaillées par genre figurent à l'annexe 3.

Il est possible d'observer une proportion plus élevée d'adultes fumeurs ayant un poids dans l'intervalle dit *normal* que d'adultes non-fumeurs de cette même catégorie (41 % c. à 38 %). De plus, la proportion d'adultes non-fumeurs dans la catégorie *embonpoint* est plus importante que chez les gens fumeurs (36 % c. à 34 %).

Enfin, parmi les personnes ayant un IMC *normal*, près de la moitié (44 %) perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne, comparativement à 37 % chez celles dans l'intervalle *embonpoint* et 16 % chez celles dans la catégorie *obésité*. À l'inverse, la proportion de personnes évaluant leur santé comme passable ou mauvaise augmente avec le statut pondéral en atteignant 38 % chez les personnes dans la plage *obésité* comparativement à 28 % pour les individus avec un IMC dit *normal*.

Tableau 2 Répartition¹ (%) du statut pondéral des adultes québécois, selon certaines caractéristiques, Québec, 2020-2021

	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité
Genre				
Homme	1,5 ^a	32,4 ^a	42,6 ^a	23,6
Femme	3,1 ^a	44,6 ^a	29,3 ^a	23,1
Âge				
18-24 ans	7,2 ^{a,b,c}	56,3 ^{a,b,c}	23,0 ^{a,b,c}	13,5 ^{a,b,c}
25-44 ans	2,3 ^{a,d}	41,7 ^{a,d,e}	33,1 ^{a,d,e}	22,9 ^{a,d}
45-64 ans	1,3 ^{b,d}	32,8 ^{b,d,f}	38,5 ^{b,d,f}	27,4 ^{b,d,e}
65 ans et +	1,8 ^c	35,5 ^{c,e,f}	41,0 ^{c,e,f}	21,7 ^{c,e}
Niveau de scolarité				
Secondaire non complété	2,8 ^a	32,1 ^{a,b,c}	37,0	28,2 ^{a,b,c}
Secondaire complété	2,6 ^b	36,2 ^{a,d}	35,8	25,5 ^{a,d}
Diplôme d'études collégiales	2,2	37,3 ^{b,e}	36,0	24,5 ^{b,e}
Diplôme universitaire	1,8 ^{a,b}	44,1 ^{c,d,e}	35,7	18,3 ^{c,d,e}
Détresse psychologique				
Faible	1,1 ^{a,b}	36,4 ^{a,b}	39,8 ^{a,b}	22,7 ^a
Moyenne	2,0 ^{a,c}	38,8 ^a	37,3 ^{a,c}	21,8 ^b
Élevée	3,1 ^{b,c}	38,9 ^b	32,7 ^{b,c}	25,3 ^{a,b}
Niveau d'activité physique (loisir et transport)²				
Actif	1,8 ^{a,b}	44,0 ^{a,b,c}	37,4 ^a	16,9 ^{a,b,c}
Moyennement actif	2,0	40,8 ^{a,d}	36,6	20,5 ^{a,d}
Un peu actif	2,7 ^a	40,0 ^{b,e}	36,5 ^b	20,9 ^{b,e}
Inactif	2,6 ^b	32,0 ^{c,d,e}	34,0 ^{a,b}	31,4 ^{c,d,e}
Défavorisation matérielle				
Quintile 1 (très favorisé)	2,4	44,5 ^{a,b,c,d}	35,1	18,0 ^{a,b,c,d}
Quintile 2	2,1	39,3 ^{a,e,f,g}	36,7	21,8 ^{a,e,f,g}
Quintile 3	2,0	36,4 ^{b,e}	37,2 ^a	24,4 ^{b,e,h}
Quintile 4	2,2	35,3 ^{c,f}	36,8	25,7 ^{c,f}
Quintile 5 (très défavorisé)	2,6	35,4 ^{d,g}	34,3 ^a	27,7 ^{d,g,h}
Fumeur actuel				
Oui	3,4 ^a	40,7 ^a	33,8 ^a	22,1
Non	2,1 ^a	38,0 ^a	36,4 ^a	23,5
Perception de la santé				
Excellent ou très bonne	2,3	44,4 ^{a,b}	36,9 ^a	16,4 ^{a,b}
Bonne	2,2	31,4 ^{a,c}	35,7 ^b	30,7 ^{a,c}
Passable ou mauvaise	2,8	27,9 ^{b,c}	31,6 ^{a,b}	37,7 ^{b,c}

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

² Pour en savoir davantage sur la définition des niveaux d'activité physique de transport et de loisir, il est possible de consulter le document « Indice d'activité physique : document technique » [23]

a, b, c, d, e, f, g, h : Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

3.1.2 Évolution du statut pondéral selon l'indice de masse corporelle entre 2008 et 2020-2021

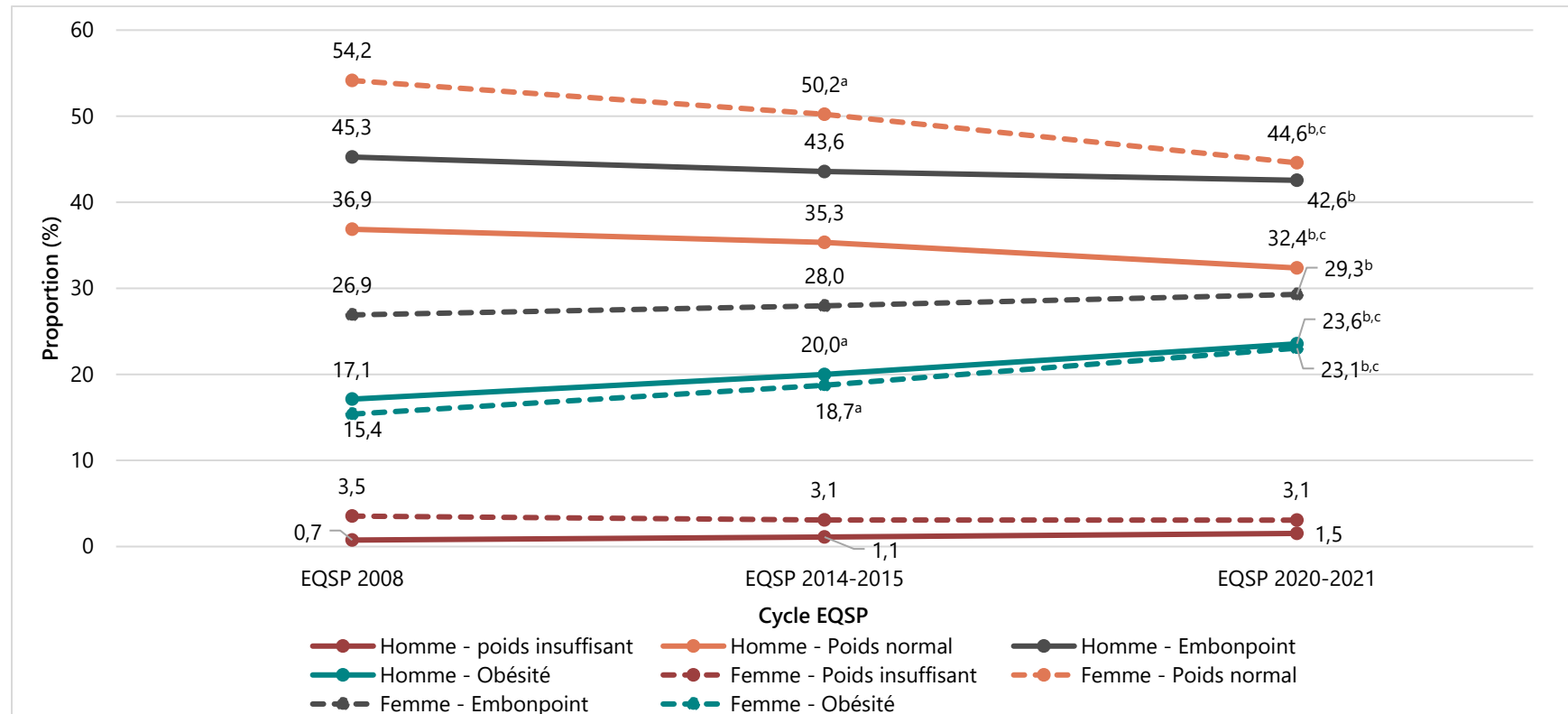
L'analyse de l'évolution du statut pondéral selon l'IMC des adultes québécois de 2008 à 2020-2021 met en évidence des changements notables selon le genre (figure 1). D'une part, la proportion d'adultes dont l'IMC est dit *normal* a diminué significativement au fil du temps. Chez les hommes, la proportion est passée de 37 % en 2008 à 35 % en 2014-2015, puis à 32 % en 2020-2021. Une observation similaire est notée chez les femmes passant de 54 % en 2008 à 50 % en 2014-2015, puis à 45 % en 2020-2021.

La proportion d'adultes ayant un IMC dans la catégorie *embonpoint* a significativement augmenté chez les femmes (de 27 % en 2008 à 29 % en 2020-2021), alors qu'elle a diminué chez les hommes (de 45 % en 2008 à 43 % en 2020-2021).

En revanche, la proportion d'adultes ayant un IMC correspondant à la catégorie *obésité* a connu une augmentation pour les deux genres. Chez les hommes, elle est passée de 17 % en 2008, à 20 % en 2014-2015, puis à 24 % en 2020-2021. Chez les femmes, l'observation est similaire, avec une proportion de 15 % en 2008 passant à 19 % en 2014-2015, puis à 23 % en 2020-2021.

Enfin, la proportion d'adultes ayant un IMC dans la catégorie *poids insuffisant* est restée faible et relativement stable sur la période étudiée, représentant moins de 4 % de la population.

Figure 1 Évolution de la répartition¹ du statut pondéral des adultes québécois selon leur genre, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 à 2020-2021



¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont toutefois été réalisés sur les proportions ajustées selon la structure par âge, genres réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2020-2021 de l'ensemble du Québec.

^a La proportion standardisée estimée en 2008 est statistiquement différente de celle de 2014-2015, au seuil de 1 %.

^b La proportion standardisée estimée en 2008 est statistiquement différente de celle de 2020-2021, au seuil de 1 %.

^c La proportion standardisée estimée en 2014-2015 est statistiquement différente de celle de 2020-2021, au seuil de 1 %.

Source : Infocentre de santé publique (INSPQ), 2025.

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycles 2008, 2014-2015 et 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

3.2 Perception du poids

3.2.1 Portrait

Un peu plus de la moitié des hommes et des femmes considèrent leur poids comme étant « à peu près normal » (tableau 3). Le résultat est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (58 % c. à 52 %). De ce fait, la proportion de femmes se percevant en excès de poids est significativement plus élevée que chez les hommes (46 % c. à 38 %).

La perception du poids varie de manière significative selon plusieurs caractéristiques. La perception d'un excès de poids augmente avec l'âge, passant de 27 % chez les 18-24 ans à plus de 50 % chez les 45-64 ans, alors que les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux à se percevoir comme trop maigre ou à peu près normal. Les données détaillées par genre figurent à l'annexe 4.

Le niveau de scolarité est aussi associé à la perception du poids : la proportion de personnes se percevant avec un excès de poids est plus élevée chez celles détenant un diplôme secondaire (42 %), collégial (46 %) ou universitaire (42 %) que chez celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires (36 %).

Une détresse psychologique élevée est également liée à une perception plus fréquente d'un excès de poids (45 % c. à 38 % chez les personnes présentant une détresse faible), tout comme une perception moins favorable de leur état de santé. En effet, plus de la moitié des personnes qui considèrent leur santé comme passable ou mauvaise perçoivent un excès de poids (54 %), comparativement à 34 % parmi celles qui jugent leur santé excellente ou très bonne.

Enfin, bien que les différences soient moins marquées selon le niveau de défavorisation matérielle, la perception d'un excès de poids est moins fréquente chez les personnes vivant dans les milieux les plus favorisés (39 %) que chez celles issues des quintiles plus défavorisés (entre 42 % et 44 %).

Tableau 3 Répartition¹ (%) de la perception du poids des adultes québécois selon certaines caractéristiques, Québec, 2020-2021

	Trop maigre	À peu près normal	Excès de poids
Genre			
Homme	4,2 ^a	57,7 ^a	38,1 ^a
Femme	1,9 ^a	52,4 ^a	45,7 ^a
Âge			
18-24 ans	7,2 ^{a,b,c}	65,5 ^{a,b,c}	27,2 ^{a,b,c}
25-44 ans	2,8 ^{a,d}	55,8 ^{a,d}	41,4 ^{a,d}
45-64 ans	1,7 ^{b,d,e}	47,7 ^{b,d,e}	50,6 ^{b,d,e}
65 ans et +	2,6 ^{c,e}	56,7 ^{c,e}	40,6 ^{c,e}
Niveau de scolarité			
Secondaire non complété	4,4 ^{a,b}	60,1 ^{a,b,c}	35,5 ^{a,b,c}
Secondaire complété	3,7 ^{c,d}	54,7 ^{a,d}	41,6 ^{a,d}
Diplôme d'études collégiales	2,5 ^{a,c}	51,6 ^{b,d,e}	45,9 ^{b,d,e}
Diplôme universitaire	2,3 ^{b,d}	55,4 ^{c,e}	42,4 ^{c,e}
Détresse psychologique			
Faible	1,4 ^{a,b}	60,5 ^{a,b}	38,1 ^{a,b}
Moyenne	2,4 ^a	56,7 ^a	40,9 ^a
Élevée	4,5 ^b	50,6 ^b	44,9 ^b
Perception de la santé			
Excellent ou très bonne	2,4 ^{a,b}	63,7 ^{a,b}	33,9 ^{a,b}
Bonne	3,2 ^{a,c}	44,5 ^{a,c}	52,3 ^a
Passable ou mauvaise	6,0 ^{b,c}	39,6 ^{b,c}	54,4 ^b
Défavorisation matérielle			
Quintile 1 (très favorisé)	3,0 ^{a,b,c,d}	57,8	39,2 ^{a,b,c,d}
Quintile 2	2,9 ^a	55,0	42,1 ^a
Quintile 3	2,7 ^b	54,1	43,2 ^b
Quintile 4	2,8 ^c	53,0	44,2 ^c
Quintile 5 (très défavorisé)	3,8 ^d	54,1	42,2 ^d

¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.
a, b, c, d, e : Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

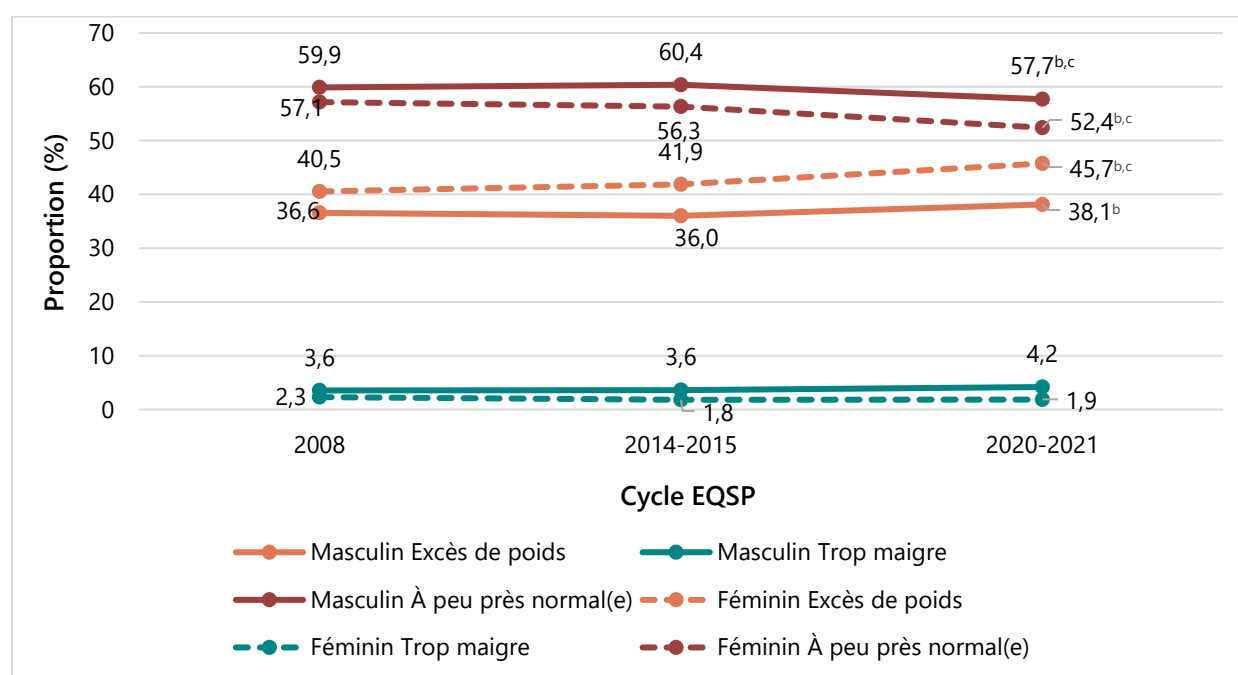
Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

3.2.2 Évolution de la perception du poids de 2008 à 2020-2021

De 2008 à 2021, la perception du poids a évolué différemment selon le genre (figure 2). Chez les hommes, la proportion de ceux qui se percevaient en excès de poids est demeurée relativement stable entre 2008 et 2014-2015 (37 % c. à 36 %). Toutefois, une hausse significative a été observée entre 2014-2015 et 2020-2021 (36 % c. à 38 %). La proportion d'hommes se percevant comme trop maigres est restée stable au fil du temps. En revanche, la proportion d'hommes ayant une perception « à peu près normale » de leur poids a diminué de 2008 à 2020-2021 (60 % c. à 58 %).

Chez les femmes, la perception d'un excès de poids a connu une hausse significative entre 2008 et 2020-2021 (41 % c. à 46 %). La proportion de femmes se percevant comme trop maigres est demeurée stable sur toute la période. Toutefois, la proportion de celles qui considéraient leur poids « à peu près normal » a diminué de façon significative entre 2008 et 2020-2021 (57 % c. à 52 %).

Figure 2 Évolution de la répartition¹ de la perception du poids des adultes québécois selon leur genre, population de 18 ans et plus, Québec, 2008 à 2020-2021



¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont toutefois été réalisés sur les proportions ajustées selon la structure par âge, genres réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2020-2021 de l'ensemble du Québec.

^a La proportion standardisée estimée en 2008 est statistiquement différente de celle de 2014-2015, au seuil de 1 %.

^b La proportion standardisée estimée en 2008 est statistiquement différente de celle de 2020-2021, au seuil de 1 %.

^c La proportion standardisée estimée en 2014-2015 est statistiquement différente de celle de 2020-2021, au seuil de 1 %.

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycles 2008, 2014-2015 et 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Source : Infocentre de santé publique (INSPQ), 2025.

3.3 Concordance avec le statut pondéral

3.3.1 Portrait en 2020-2021

Les hommes sous-estiment plus souvent leur statut pondéral que les femmes (32 % c. à 13 %), tandis que les femmes sont plus nombreuses à avoir une estimation juste de ce dernier (79 % c. à 66 %). La surestimation est faible dans les deux groupes, mais plus élevée chez les femmes (9 %) que chez les hommes (3 %) (tableau 4).

La sous-estimation augmente avec l'âge, passant de 18 % chez les 18-24 ans à 27 % chez les 65 ans et plus. À l'inverse, l'estimation juste et la surestimation diminuent avec l'âge (74 % c. à 69 %, 9 % c. à 4 %). Des précisions par genre sont fournies en annexe 5.

Le niveau de scolarité influence également la correspondance de la perception et du statut pondéral selon l'IMC. La sous-estimation est plus élevée chez ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires (30 %) et plus faibles chez les diplômés universitaires (19 %). Les estimations justes sont plus élevées chez les diplômés universitaires et collégiaux (environ 74 %). La surestimation, quoique faible, est plus élevée chez les gens ayant un diplôme universitaire (7 %).

Il est possible de noter aussi que les personnes ayant une faible détresse psychologique ont tendance à sous-estimer davantage que celles ayant une détresse moyenne ou élevée (27 % c. à 23 % c. à 19 %). Les estimations justes sont plus élevées chez les personnes ayant une détresse élevée (74 %). La surestimation est plus répandue chez les individus présentant un niveau de détresse psychologique élevé comparativement à ceux présentant un niveau faible (7 % c. à 4 %). Les informations détaillées selon le genre sont présentées en annexe 6.

Quant à la défavorisation matérielle, mesurée par quintiles, elle montre que la sous-estimation augmente avec la défavorisation, passant de 19 % dans le quintile le plus favorisé (quintile 1) à 24 % dans le quintile le plus défavorisé (quintile 5). Les estimations justes diminuent légèrement avec la défavorisation.

Tableau 4 Répartition¹ (%) de la concordance entre la perception du poids et le statut pondéral des adultes québécois, selon certaines caractéristiques, Québec, 2020-2021

		Sous-estimation	Estimation juste	Surestimation
Genre	Homme	31,5 ^a	65,9 ^a	2,6 ^a
	Femme	12,7 ^a	78,8 ^a	8,5 ^a
Âge	18-24 ans	17,9 ^a	73,5 ^a	8,7 ^a
	25-44 ans	20,9 ^{a,b}	73,2 ^b	5,9 ^{a,b}
	45-64 ans	21,2 ^{a,c}	73,3 ^c	5,5 ^{a,c}
	65 ans et +	26,8 ^{a,b,c}	69,2 ^{a,b,c}	4,0 ^{a,b,c}
Niveau de scolarité	Secondaire non complété	30,4 ^a	65,2 ^a	4,3 ^a
	Secondaire complété	23,7 ^{a,b,c}	71,3 ^{a,b,c}	4,9 ^b
	Diplôme d'études collégiales	20,2 ^{a,b}	74,3 ^{a,b}	5,4 ^c
	Diplôme universitaire	18,8 ^{a,c}	74,5 ^{a,c}	6,7 ^{a,b,c}
Détresse psychologique	Faible	27,3 ^{a,b}	69,0 ^{a,b}	3,7 ^{a,b}
	Moyenne	22,6 ^{a,c}	72,1 ^{a,c}	5,3 ^{a,c}
	Élevée	19,2 ^{b,c}	74,1 ^{b,c}	6,7 ^{b,c}
Défavorisation matérielle	Quintile 1 (très favorisé)	18,8 ^{a,b,c,d}	75,4	5,8 ^{a,b,c,d}
	Quintile 2	21,9 ^a	71,8	6,3 ^a
	Quintile 3	22,9 ^b	72,0	5,1 ^b
	Quintile 4	23,0 ^c	71,6	5,3 ^c
	Quintile 5 (très défavorisé)	24,2 ^d	70,7	5,1 ^d
Fumeurs actuels	Oui	23,5	70,7	5,8
	Non	21,9	72,6	5,5

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

a, b, c, d Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

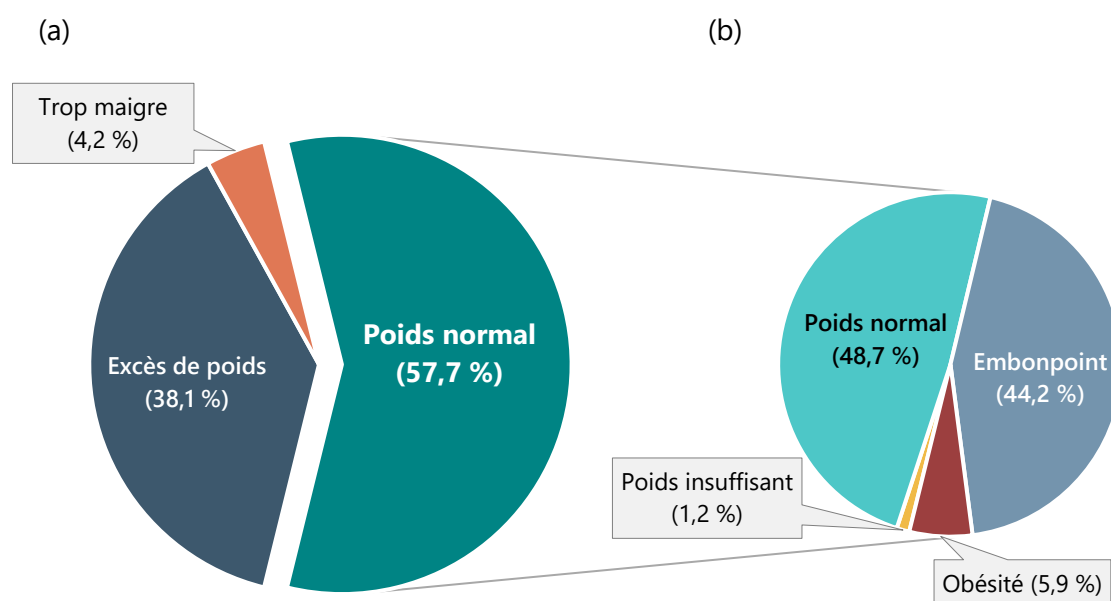
Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Les adultes se percevant de poids normal

Parmi les hommes qui se perçoivent de poids normal (58 %), 49 % ont un IMC dans la catégorie *normal*, tandis que 44 % sont dans la catégorie *embonpoint*, 6 % dans celle *obésité* et 1 % dans celle *poids insuffisant* (figure 3).

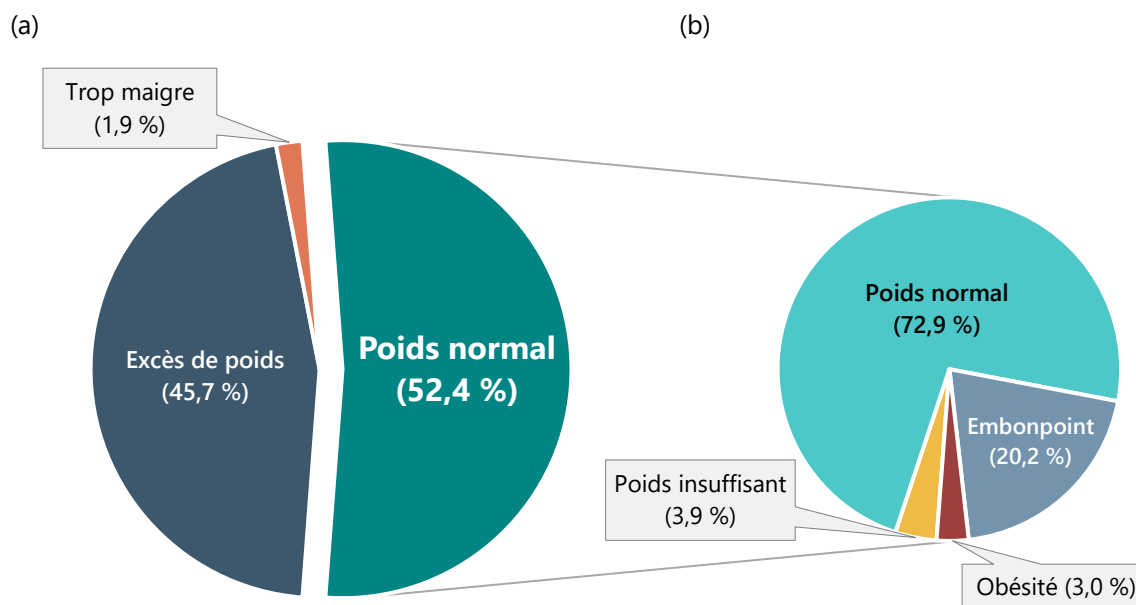
Chez les femmes, 52 % se perçoivent comme ayant un poids à peu près normal. Parmi celles-ci, 73 % ont effectivement un IMC considéré dans la plage catégorisée *normal*, tandis que 20 % dans celle *embonpoint*, 3 % celle *obésité* et 4 % dans celle *poids inférieur* (figure 4).

Figure 3 Perception des hommes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des hommes qui se perçoivent de poids normal (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021



Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Figure 4 Perception des femmes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des femmes qui se perçoivent de poids normal (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021



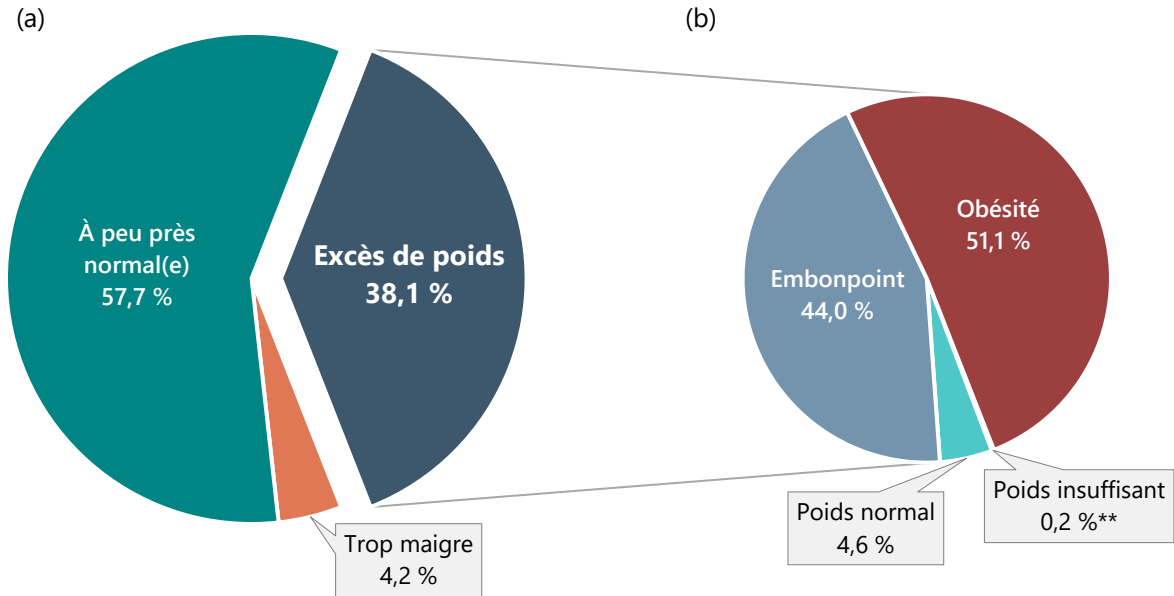
Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Les adultes se percevant en excès de poids

Chez les hommes, 38 % se perçoivent en excès de poids. Parmi ceux-ci, 51 % ont un IMC se situant dans la plage *obésité*, 44 % *embonpoint*, 5 % *normal* et 0,2 % *poids insuffisant* (figure 5).

Chez les femmes, 46 % se considèrent en excès de poids et parmi celles-ci, 46 % ont un IMC dans la catégorie *obésité*, 40 % *embonpoint*, 14 % *poids normal* et 0,2 % un *poids insuffisant* (figure 6).

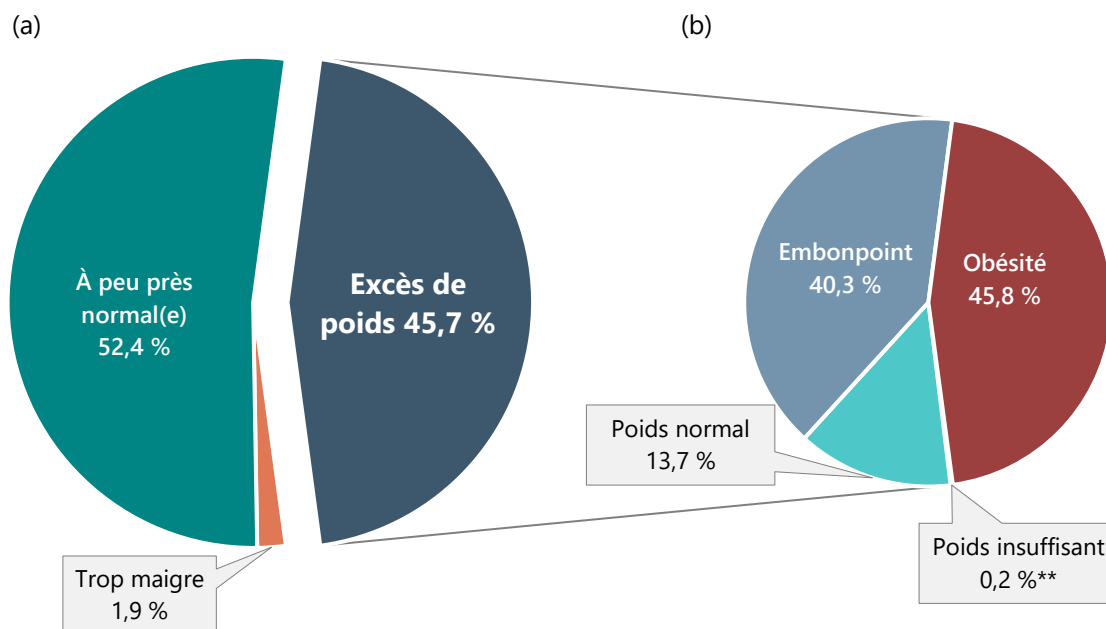
Figure 5 Perception des hommes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des hommes qui se perçoivent en excès de poids (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021



** Coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Figure 6 Perception des femmes à l'égard de leur poids (a) et statut pondéral des femmes qui se perçoivent en excès de poids (b), population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2020-2021



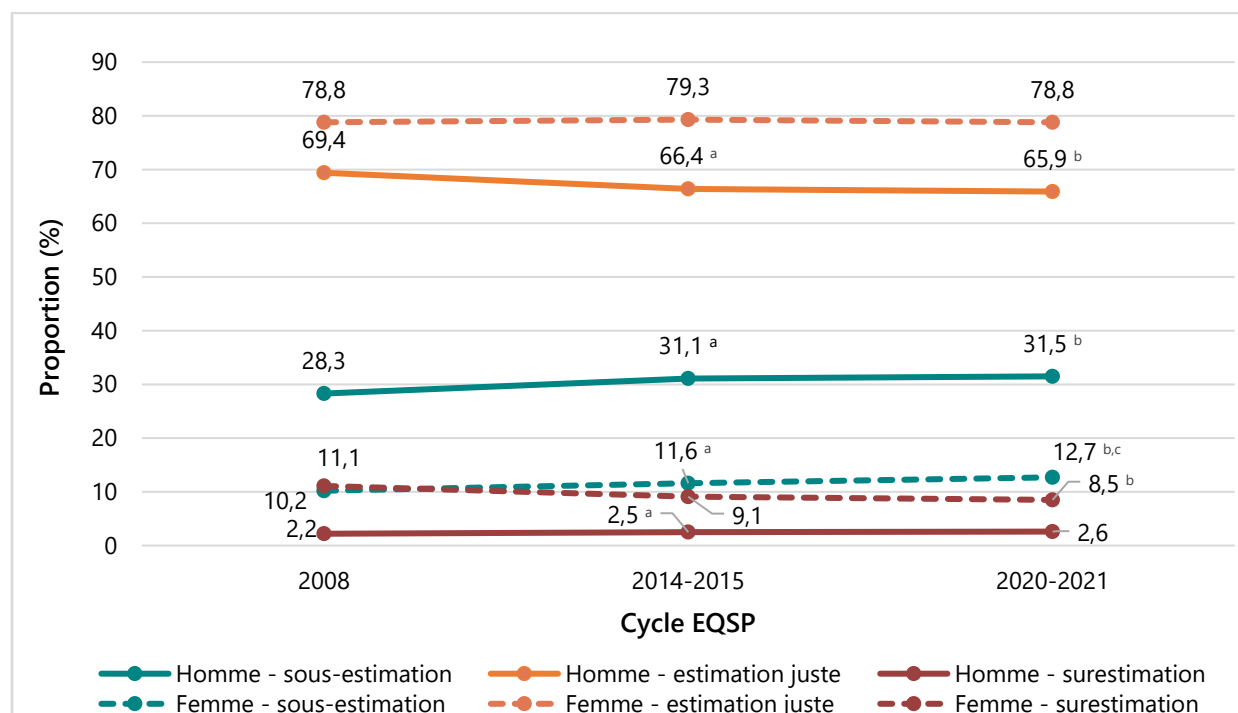
** Coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

3.2.2 Évolution de la concordance entre le statut pondéral selon l'indice de masse corporelle et la perception du poids entre 2008 et 2020-2021

De 2008 à 2020-2021, l'évolution de la concordance entre le statut pondéral et la perception du poids diffère selon le genre (figure 7). Chez les hommes, la sous-estimation du poids a augmenté, passant de 28 % en 2008 à 32 % en 2020-2021, tandis que la proportion d'estimations justes a diminué de 69 % à 66 %. La surestimation du poids est restée stable, variant légèrement de 2 % à 3 %. Chez les femmes, la sous-estimation du poids a connu une légère hausse de 10 % en 2008 à 12 % en 2020-2021. En revanche, la proportion d'estimations justes chez les femmes est demeurée relativement stable, autour de 79 %.

Figure 7 Évolution de la concordance du statut pondéral et de la perception du poids selon le genre, 2008 à 2020-2021



¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont toutefois été réalisés sur les proportions ajustées selon la structure par âge, genres réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2020-2021 de l'ensemble du Québec.

^a La proportion standardisée estimée en 2008 est statistiquement différente de celle de 2014-2015, au seuil de 1 %.

^b La proportion standardisée estimée en 2008 est statistiquement différente de celle de 2020-2021, au seuil de 1 %.

^c La proportion standardisée estimée en 2014-2015 est statistiquement différente de celle de 2020-2021, au seuil de 1 %.

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycles 2008, 2014-2015 et 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

4 DISCUSSION

4.1 Statut pondéral selon l'indice de masse corporelle

Au Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour la même année, c'est-à-dire 2021, révèle qu'environ 30 % des adultes canadiens ont un IMC autorapporté dans la catégorie *obésité* et 26 % chez les adultes québécois [24]. Ces résultats sont plus élevés que ceux rapportés par l'EQSP 2020-2021 pour le Québec. Cette différence s'explique en partie par les variations méthodologiques entre les enquêtes, notamment les différences dans la pondération des données et dans les taux de réponse.

Nous avons observé que la prévalence de l'obésité augmente jusqu'à 64 ans chez les hommes et les femmes, tandis que celle de l'embonpoint suit une augmentation continue avec l'âge, y compris après 65 ans. Ces observations sont aussi notées dans plusieurs pays industrialisés, où la prévalence de l'obésité classifiée selon l'IMC chez les adultes dépasse parfois 30 % [25]. En progressant en âge, la diminution de la masse musculaire et les changements hormonaux entraînent une baisse du métabolisme basal, favorisant l'accumulation de graisses, notamment viscérales, même sans modification significative de l'alimentation ou de l'activité physique [26]. En outre, des facteurs psychosociaux tels que le stress et les troubles du sommeil peuvent aussi influencer le statut pondéral [27].

Conformément aux tendances observées ailleurs dans le monde, nos données révèlent un paradoxe intéressant : la prévalence de la catégorie *embonpoint* et *obésité* diminue avec le niveau d'éducation chez les femmes, mais chez les hommes, elle tend à augmenter pour *embonpoint* et à diminuer pour *obésité* [28, 29]. Ce gradient social différencié pour *embonpoint* selon le genre s'explique par des facteurs à la fois culturels, sociaux et économiques. Chez les femmes, un niveau d'éducation plus élevé est associé à des contextes sociaux et culturels où les normes esthétiques valorisant la minceur sont plus présentes et plus fortement intériorisées, notamment dans les milieux socioéconomiques favorisés [30, 31]. Ces normes influencent les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique [32]. Par ailleurs, les femmes plus éduquées sont généralement plus exposées à des messages de santé publique et démontrent une meilleure littératie en santé, ce qui facilite l'adoption de comportements favorables au maintien d'un poids santé [33]. À l'inverse, chez les hommes, le lien entre éducation et embonpoint semble davantage influencé par des facteurs liés au statut social et professionnel. Les normes culturelles peuvent aussi valoriser une stature masculine imposante, perçue comme un signe de force ou de réussite [34], ce qui pourrait expliquer que la catégorie *embonpoint* soit plus fréquente chez les hommes plus scolarisés dans la présente étude.

Au-delà du niveau d'éducation, les inégalités socioéconomiques jouent un rôle important dans la prévalence de l'obésité selon l'IMC. Les milieux défavorisés offrent souvent un accès limité à des aliments nutritifs et à des environnements propices à l'activité physique [35, 36]. S'y ajoutent un manque d'espaces sécuritaires pour bouger et des conditions de vie stressantes (inégalités de revenus, insécurité alimentaire, précarité d'emploi, etc.), susceptibles d'entraîner des choix

alimentaires moins favorables à la santé (aliments riches en gras et en sucre) et de favoriser un déséquilibre énergétique menant à une prise de poids [37]. Ces tendances sont similaires à celles observées au Royaume-Uni et aux États-Unis [38].

Nous observons une association positive entre la catégorie de l'IMC correspondant à *obésité* et la détresse psychologique. La stigmatisation du poids, définie par des attitudes négatives et des discriminations liées au poids corporel, touche entre 42 % et 60 % des adultes en surpoids ou vivant avec l'obésité dans les pays occidentaux [39, 40]. Elle est associée à une détresse psychologique accrue, incluant l'anxiété et la dépression [40–43]. Cette stigmatisation peut également contribuer au maintien ou à l'aggravation d'un poids élevé, notamment en influençant négativement l'estime de soi, en favorisant la consommation de nourriture en réponse à des déclencheurs émotionnels ou en menant à l'évitement des soins. Ainsi, une dynamique bidirectionnelle peut exister entre le poids, la stigmatisation et le bien-être psychologique, chacun de ces facteurs pouvant à la fois influencer et être influencé par les autres [41].

De 2008 à 2020-2021, la proportion de personnes ayant un IMC dans la catégorie *obésité* a augmenté au Québec, tandis que la proportion de personnes ayant un IMC catégorisé de *normal* a diminué, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cette évolution rejoint celle observée au Canada et dans d'autres pays développés, où l'obésité continue de progresser et constitue un défi majeur pour les systèmes de santé. À l'échelle mondiale, une récente analyse publiée dans *The Lancet* [44] souligne que la prévalence du surpoids et de l'obésité a plus que doublé depuis 1990, avec une progression qui varie selon le genre, l'âge et le niveau de développement économique des pays.

Au Québec, les projections démographiques et épidémiologiques suggèrent que cette tendance se poursuivra dans les prochaines années [45]. Selon les prévisions, la prévalence de l'obésité chez les adultes québécois pourrait atteindre 31 % d'ici 2030, si les tendances actuelles se maintiennent, avec une hausse particulièrement marquée chez les 45-64 ans.

En terminant, de nombreux facteurs environnementaux et sociaux associés à l'obésité ont été affectés par les fermetures et les restrictions liées à la COVID-19 [46, 47]. Les mesures de distanciation et les confinements ont notamment entraîné une baisse de l'activité physique quotidienne et une hausse du temps passé en sédentarité, ce qui a contribué à accroître le stress et l'anxiété [48, 49]. La dégradation de la santé mentale durant la pandémie a pu favoriser une prise de poids par divers mécanismes : perturbation du sommeil, sécrétion accrue d'hormones de stress, modification des habitudes alimentaires et report du recours aux soins [48]. Toutefois, des données supplémentaires seront nécessaires pour confirmer si la progression de l'obésité observée depuis la pandémie excède celle anticipée à partir des tendances antérieures, bien que les données récentes de l'ESCC entre 2009-2023 suggèrent une accélération, notamment pour l'obésité [50].

4.2 Perception du poids

Plusieurs études soulignent que la manière dont une personne perçoit son poids peut avoir un impact significatif sur son bien-être psychologique et ses choix en matière de santé [30]. Nos résultats montrent que les hommes sont plus nombreux à percevoir leur poids comme étant normal, tandis que les femmes sont plus enclines à se considérer en surpoids. Cette tendance reflète des dynamiques socioculturelles bien établies, où les normes de beauté et les attentes liées au poids corporel varient selon le genre. Les femmes sont particulièrement exposées à ces pressions, ce qui accroît leur insatisfaction corporelle face aux idéaux de minceur véhiculés par les médias et la société [35, 36].

De nombreux travaux ont démontré que l'insatisfaction corporelle, souvent induite par une perception erronée du poids, est corrélée à des troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, et une faible estime de soi [3, 51]. En ce sens, les normes de beauté occidentales influencent davantage les femmes, les poussant à surestimer leur poids réel. Comme mentionné précédemment, et à l'inverse de ce qui est observé chez les femmes, un excédent de poids peut parfois être perçu positivement chez les hommes. Il peut être vu comme un signe de robustesse, ce qui pourrait atténuer les répercussions psychologiques négatives associées au surpoids [52]. Ces écarts montrent que la perception du poids est façonnée par des facteurs sociaux et psychologiques qui dépassent le simple indice de masse corporel.

D'autres facteurs influencent également la perception du poids, tels que l'âge, la scolarité et le statut socioéconomique. La sous-estimation observée augmente avec l'âge (de 18 % chez les 18-24 ans à 27 % chez les 65 ans et plus) et peut s'expliquer en partie dans la littérature scientifique par une normalisation du gain de poids au fil du vieillissement. Celui-ci s'accompagne d'une redistribution du tissu adipeux, en particulier dans la région abdominale, souvent moins perceptible subjectivement [53–55]. Chez les femmes, la hausse de la sous-estimation n'apparaît qu'après 65 ans, ce qui suggère qu'elles demeurent attentives à leur poids plus longtemps que les hommes.

La perception du poids est également influencée par la scolarité, la détresse psychologique et la perception de l'état de santé, comme le confirment nos résultats. Les personnes plus scolarisées sont davantage susceptibles de se percevoir en excès de poids, ce qui pourrait s'expliquer par une exposition plus grande aux messages de santé publique et à des standards esthétiques internalisés plus stricts [56], notamment chez les femmes [29, 57]. Par ailleurs, les résultats suggèrent qu'une détresse psychologique élevée est associée à une perception plus fréquente d'un excès de poids, ce qui est cohérent avec la littérature soulignant le lien bidirectionnel entre santé mentale et image corporelle : les personnes en détresse ont tendance à être plus critiques envers leur apparence et à présenter une perception plus négative de leur poids, même lorsqu'il est objectivement dans les normes [58].

Enfin, les différences selon le niveau de défavorisation matérielle, bien que moins marquées, méritent d'être prises en compte. Certaines études suggèrent que dans les milieux plus défavorisés, les normes corporelles peuvent être moins alignées sur les idéaux de minceur, et

que les priorités de santé peuvent être orientées vers des enjeux plus urgents, ce qui atténue la perception d'un excès de poids. [59]

De 2008 à 2020-2021, on observe un glissement notable dans la perception du poids, particulièrement chez les femmes, avec une augmentation de la perception d'un excès de poids et une baisse de celle d'un poids « à peu près normal ». Cette évolution s'inscrit dans un contexte où, paradoxalement, les normes corporelles se resserrent alors même que le poids moyen augmente [60, 61]. Chez les hommes, la hausse de la perception d'un excès de poids est plus modérée, mais significative dans les années récentes (2014-2015 à 2020-2021). Avant la pandémie, la popularité croissante des réseaux sociaux avait déjà intensifié l'exposition à des images idéalisées du corps, contribuant à une hausse des préoccupations dysmorphiques [62,63]. Puis, le recours accru aux appels vidéo durant la pandémie a mis en lumière un phénomène appelé la « dysmorphie de Zoom ». Ce phénomène, lié à une attention accrue sur son propre visage et son corps à l'écran, a été associé à une intensification des préoccupations dysmorphiques et à des comportements de manipulation de l'image [64]. Ce type d'exposition médiatisée et autocentrée illustre bien comment l'évolution des contextes sociaux et technologiques peut interagir avec les perceptions individuelles du poids et de l'apparence [65].

Ce changement de perception dans le temps peut avoir des effets mitigés sur la santé publique. D'un côté, une meilleure reconnaissance de l'excès de poids peut favoriser l'adoption de comportements sains. De l'autre, une surévaluation chez des personnes ayant un poids normal peut générer de l'insatisfaction corporelle, des comportements alimentaires inappropriés, voire une détresse psychologique [66, 67].

4.3 Concordance entre le statut pondéral et la perception du poids

La concordance entre la perception du poids et le statut pondéral renvoie à l'alignement — ou non — entre la façon dont les personnes perçoivent leur poids et leur situation pondérale réelle. Nos résultats indiquent une concordance plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cela traduit une meilleure précision d'autoévaluation chez les femmes, bien que celles-ci soient aussi plus enclines à surestimer leur poids comme mentionné précédemment. Cette tendance, observée dans plusieurs études [38–40], s'explique en partie par la pression sociale liée aux normes esthétiques, évoquée antérieurement, qui valorisent la minceur et affectent particulièrement les femmes.

La sous-estimation du poids est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Des recherches ont souligné que cette différenciation des normes peut contribuer à minimiser l'importance des excès de poids chez les hommes [42], ce qui peut retarder la reconnaissance de risques pour la santé. À l'inverse, les femmes présentent une meilleure concordance dans toutes les tranches d'âge. Cette vigilance peut toutefois mener à une surestimation du poids, même dans les cas où l'indice de masse corporelle est normal, comme le suggèrent plusieurs études [68].

Le niveau de scolarité joue également un rôle dans la justesse de la perception. Les personnes ayant atteint un niveau d'études plus élevé sont plus nombreuses à estimer leur poids avec précision, ce qui pourrait être attribuable à un meilleur accès à l'information en santé ou à une plus grande littératie en la matière [69]. Toutefois, une légère hausse de la surestimation est aussi observée dans ce groupe, possiblement en raison de normes corporelles plus strictes ou d'une pression plus forte à maintenir un poids jugé « optimal ». Les mécanismes sous-jacents à cette relation ont été abordés précédemment dans la section discutant de la perception du poids.

La détresse psychologique est également associée à la précision de la perception pondérale. Les personnes présentant une détresse faible sont plus enclines à sous-estimer leur poids, tandis que celles en détresse élevée ont généralement une perception plus juste. Cette relation, qui peut paraître contre-intuitive, s'explique possiblement par une attention accrue portée à l'apparence corporelle chez les personnes en détresse, ou encore par une exposition plus marquée aux idéaux corporels, en particulier chez les femmes [70]. Chez les hommes, la sous-estimation est plus répandue en l'absence de détresse psychologique, et diminue avec son intensification. Ce schéma pourrait indiquer que ceux qui ne ressentent pas d'inconfort psychologique sont également moins enclins à se questionner sur leur poids. Du côté des femmes, la surestimation du poids reste plus fréquente, mais elle varie peu selon le niveau de détresse, ce qui pourrait suggérer une pression sociale constante, indépendante de l'état psychologique [71, 72].

Les données révèlent aussi une association entre la défavorisation matérielle et la sous-estimation du poids. Certaines études montrent que dans des milieux plus défavorisés, une corpulence plus élevée peut être perçue comme normale, voire valorisée, en raison de normes culturelles spécifiques ou de préoccupations différentes liées à l'accès à l'alimentation ou aux priorités de santé. Cette normalisation d'un poids plus élevé pourrait contribuer à une perception moins critique de l'excès pondéral.

De 2008 à 2020-2021, l'évolution de la concordance montre des tendances différenciées selon le genre. Chez les hommes, on observe une augmentation de la sous-estimation et une diminution des perceptions justes, ce qui peut témoigner d'une normalisation progressive du surpoids dans la population. Cette évolution pourrait influencer la perception personnelle du poids, réduisant ainsi la probabilité de se considérer en excès pondéral [73]. De plus, les normes masculines valorisant une certaine corpulence pourraient contribuer à cette moindre reconnaissance du surpoids [74].

Chez les femmes, les variations sont plus modestes. La sous-estimation a légèrement progressé de 2008 à 2014-2015, avant de diminuer en 2020-2021. La proportion d'estimations justes est restée relativement stable. Cette constance pourrait refléter une vigilance corporelle persistante entretenue par des pressions sociales plus fortes à l'égard du poids chez la femme [31].

4.4 Limites

L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) constitue une source précieuse d'information sur l'état de santé, les habitudes de vie et divers déterminants de la santé des Québécois. Toutefois, elle présente certaines limites méthodologiques et conceptuelles qu'il convient de prendre en compte lors de l'interprétation des résultats. L'une des principales limites réside dans la dépendance aux déclarations des répondants, susceptible d'introduire des biais, notamment concernant le poids et la taille. Par exemple, comme le souligne cette étude, le poids a tendance à être sous-estimé tandis que la taille est souvent surestimée, ce qui influence les calculs de l'IMC [75].

Les seuils utilisés pour définir le surplus ou l'insuffisance de poids reposent sur des données de l'IMC mesuré. Or, les données autodéclarées de poids et de taille entraînent des biais, avec des prévalences d'insuffisance pondérale, d'embonpoint et d'obésité généralement sous-estimées chez les adultes [76, 77]. Ce biais est d'ailleurs étroitement lié à la catégorie d'IMC. Une étude canadienne a montré que, chez les personnes âgées de 12 ans et plus, la prévalence de l'obésité est supérieure de 9 points de pourcentage chez les hommes et de 6 points chez les femmes lorsqu'elle est basée sur des mesures directes plutôt que sur des données autodéclarées [75]. Ainsi, l'utilisation de données autodéclarées tend à sous-estimer le poids réel de la population, ce qui a pour effet de réduire artificiellement les estimations de prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. En pratique, cela signifie que la proportion de personnes qui se perçoivent comme ayant un poids « normal » pourrait être surestimée, alors qu'un plus grand nombre appartiendrait en réalité aux catégories de surplus de poids si les mesures étaient objectives.

Il faut également rappeler que l'EQSP 2020-2021 a été réalisée dans un contexte exceptionnel de pandémie, pendant lequel certains comportements et habitudes de vie ont pu être bouleversés. Ce contexte doit aussi être pris en compte dans l'interprétation des résultats. Les données des prochaines éditions de l'enquête, réalisée dans un contexte postpandémique plus stable, permettront de vérifier si les constats observés se maintiennent dans le temps ou s'ils reflètent plutôt les particularités de cette période. Par ailleurs, il est important de souligner que les données d'observation recueillies dans le cadre de l'EQSP ne permettent généralement pas d'établir de lien de causalité. Les associations ou les différences significatives observées suggèrent un tel lien, mais elles ne permettent pas de le confirmer. L'approche descriptive adoptée dans ce rapport vise avant tout à broser un portrait global et à mettre en lumière certaines tendances et inégalités populationnelles.

Enfin, certaines dimensions importantes liées à la perception du poids n'ont pas pu être explorées en raison de contraintes des données disponibles. Par exemple, la stigmatisation pondérale perçue, les expériences de discrimination ou encore l'image corporelle globale n'étaient pas directement mesurées dans l'EQSP. Ces aspects mériteraient d'être intégrés à de futurs travaux pour mieux comprendre les interactions complexes entre poids, perception, santé mentale et déterminants sociaux.

5 CONCLUSION

L'analyse du statut pondéral selon l'IMC varie selon plusieurs caractéristiques : il tend à s'éloigner de la catégorie *poids normal* avec l'âge, un niveau de scolarité ou de revenu plus faible, une faible activité physique ou une détresse psychologique élevée. De 2008 à 2020-2021, la proportion d'adultes ayant un IMC *normal* a diminué, au profit des catégories *embonpoint* et surtout *obésité*, dont la hausse touche particulièrement les femmes.

Au-delà des mesures du poids corporel, la perception individuelle évolue également sous l'influence des normes sociales, de l'âge, du niveau de scolarité, de la santé perçue et de la détresse psychologique. Une sous-estimation croissante du poids, notamment chez les hommes, pourrait limiter la reconnaissance des risques liés au surpoids et freiner l'adoption de comportements favorables à la santé.

Dans cette perspective, les travaux visant à soutenir la prévention et la surveillance en santé publique au Québec prennent tout leur sens [78]. Les données issues de cette enquête populationnelle, utilisée à des fins de surveillance en santé publique, permettent de suivre l'évolution des indicateurs traditionnels et d'intégrer de nouvelles dimensions d'analyse. La prise en compte plus fréquente des perceptions du poids, des comportements de santé et des facteurs psychosociaux constitue une voie prometteuse pour mieux documenter les réalités contemporaines. Ces constats soulignent aussi l'importance d'agir à la fois sur les déterminants structurels du poids et sur les représentations sociales qui y sont associées.

Une surveillance régulière et intégrée de ces indicateurs est essentielle pour documenter les phénomènes, guider le choix des stratégies et des actions de prévention, repérer les populations vulnérables et soutenir la prise de décision en santé publique, tout en favorisant des approches globales, équitables et bienveillantes, tout en évitant la stigmatisation.

6 RÉFÉRENCES

- [1] Patrick H, Neighbors C, Knee CR. Appearance-Related Social Comparisons: The Role of Contingent Self-Esteem and Self-Perceptions of Attractiveness. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30: 501–514.
- [2] Gruszka W, Owczarek AJ, Glinianowicz M, et al. Perception of body size and body dissatisfaction in adults. *Sci Rep* 2022; 12: 1159.
- [3] Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, et al. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare* 2024; 12: 1396.
- [4] Haynes A, Kersbergen I, Sutin A, et al. A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obes Rev* 2018; 19: 347–363.
- [5] Grogan S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. 4th ed. London: Routledge. Epub ahead of print 14 October 2021. DOI: 10.4324/9781003100041.
- [6] Kim JS, Kang S. A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults. *Asian Nurs Res* 2015; 9: 96–103.
- [7] Medeiros De Moraes MS, Andrade Do Nascimento R, Vieira MCA, et al. Does body image perception relate to quality of life in middle-aged women? *PLOS ONE* 2017; 12: e0184031.
- [8] Gattario KH, Frisén A, Teall TL, et al. Embodiment: Cultural and gender differences and associations with life satisfaction. *Body Image* 2020; 35: 1–10.
- [9] Byker Shanks C, Bruening M, Yaroch AL. BMI or not to BMI? debating the value of body mass index as a measure of health in adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2025; 22: 23.
- [10] Politique gouvernementale de prévention en santé: un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Québec (Province): Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016.
- [11] Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2000; 894: i–xii, 1–253.
- [12] Fayyaz K, Bataineh MF, Ali HI, et al. Validity of Measured vs. Self-Reported Weight and Height and Practical Considerations for Enhancing Reliability in Clinical and Epidemiological Studies: A Systematic Review. *Nutrients* 2024; 16: 1704.
- [13] Jeong S-M, Lee DH, Rezende LFM, et al. Different correlation of body mass index with body fatness and obesity-related biomarker according to age, sex and race-ethnicity. *Sci Rep* 2023; 13: 3472.

- [14] Weir CB, Jan A. BMI Classification Percentile And Cut Off Points. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/> (2025, accessed 17 April 2025).
- [15] Porter Starr KN, Bales CW. Excessive Body Weight in Older Adults. *Clin Geriatr Med* 2015; 31: 311–326.
- [16] Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, et al. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2014; 99: 875–890.
- [17] Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2025; S2213858724003164.
- [18] Gagnon H, Paquette M-C, Plante C. La perception du poids chez les adultes québécois. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- [19] Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32: 959–976.
- [20] Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021: méthodologie de l'enquête. Québec (Québec): Institut de la statistique du Québec, 2023.
- [21] Korn EL, Graubard BI. Analysis of health surveys. New York: Wiley, 1999.
- [22] Ross R, Chaput J-P, Giangregorio LM, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab* 2020; 45: S57–S102.
- [23] Indice d'activité physique: document technique: enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2016.
- [24] Statistiques sur l'obésité au Canada. Ottawa (Ontario): Agence de la santé publique du Canada = Public Health Agency of Canada, 2024.
- [25] OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD. Epub ahead of print 10 October 2019. DOI: 10.1787/67450d67-en.
- [26] Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, et al. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 923–934.
- [27] Pigeon É. Le sommeil et les problèmes de poids une nouvelle piste pour l'intervention? Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2012.
- [28] Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol* 2010; 36: 349–370.
- [29] McLaren L. Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiol Rev* 2007; 29: 29–48.

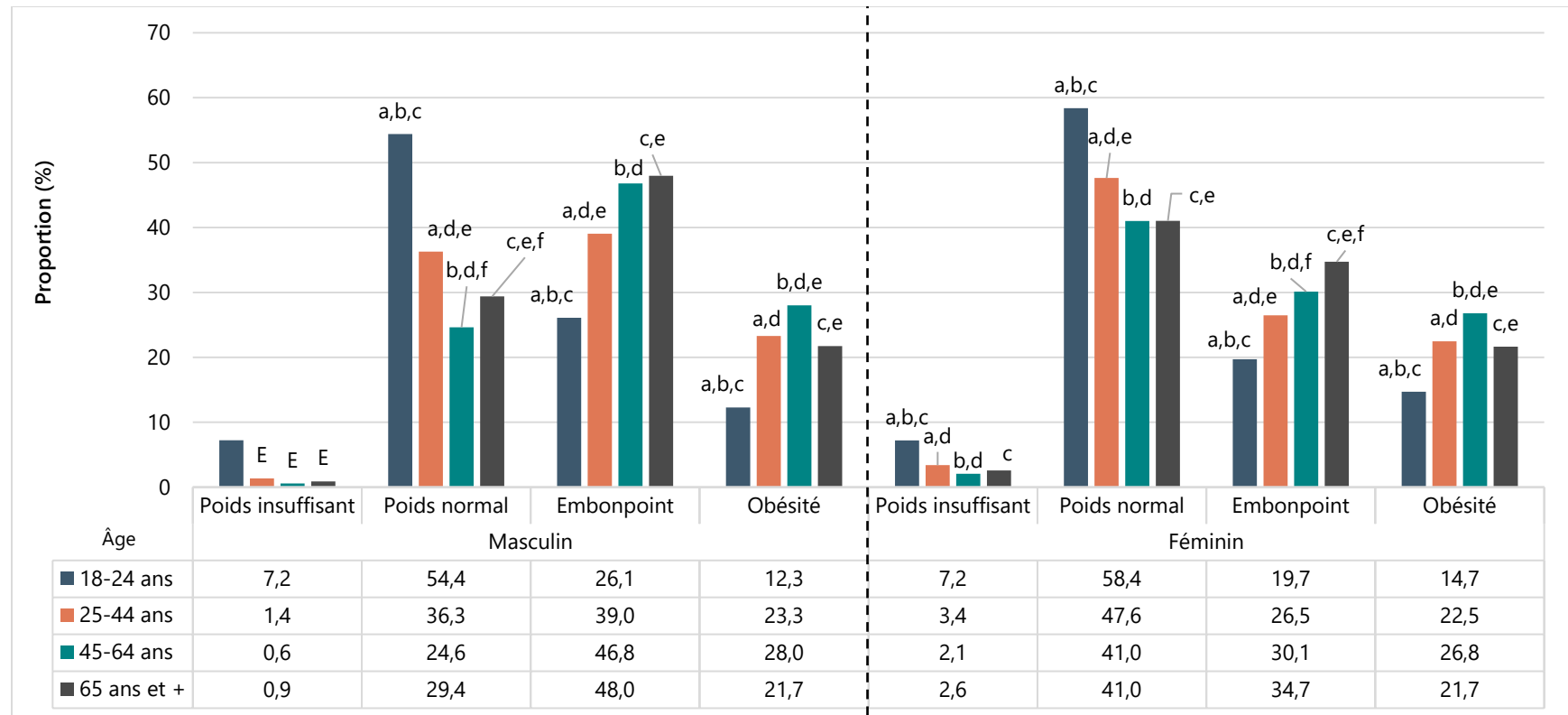
- [30] Anekwe CV, Jarrell AR, Townsend MJ, et al. Socioeconomics of Obesity. *Curr Obes Rep* 2020; 9: 272–279.
- [31] Wardle J, Waller J, Jarvis MJ. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *Am J Public Health* 2002; 92: 1299–1304.
- [32] Ball K, Crawford D. Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1987–2010.
- [33] Summanen A-M, Rautopuro J, Kannas LK, et al. Objective health literacy skills among ninth graders in Finland: outcomes from a national learning assessment. *Scand J Public Health* 2022; 50: 646–653.
- [34] Courtenay WH. Behavioral Factors Associated with Disease, Injury, and Death among Men: Evidence and Implications for Prevention. *J Men's Stud* 2000; 9: 81–142.
- [35] Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev* 2009; 67: S36–S39.
- [36] Drewnowski A, Aggarwal A, Tang W, et al. Obesity, diet quality, physical activity, and the built environment: the need for behavioral pathways. *BMC Public Health* 2016; 16: 1153.
- [37] Vernay M, Malon A, Oleko A, et al. Association of socioeconomic status with overall overweight and central obesity in men and women: the French Nutrition and Health Survey 2006. *BMC Public Health* 2009; 9: 215.
- [38] Devaux M, Sassi F. Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *Eur J Public Health* 2013; 23: 464–469.
- [39] Lee KM, Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight stigma and health behaviors: evidence from the Eating in America Study. *Int J Obes* 2021; 45: 1499–1509.
- [40] Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, et al. International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *Int J Obes* 2021; 45: 1976–1985.
- [41] Steptoe A, Frank P. Obesity and psychological distress. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* 2023; 378: 20220225.
- [42] Wu Y, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs* 2018; 74: 1030–1042.
- [43] Hayward LE, Vartanian LR, Pinkus RT. Weight Stigma Predicts Poorer Psychological Well-Being Through Internalized Weight Bias and Maladaptive Coping Responses. *Obesity* 2018; 26: 755–761.
- [44] Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 2024; 403: 1027–1050.
- [45] Lo E, Martel S, Hamel D, et al. Projections du poids corporel chez les adultes québécois de 2013 à 2030 et leurs applications à la planification en santé publique. Institut national de santé publique du Québec.

- [46] Daniels NF, Burrin C, Chan T, et al. A Systematic Review of the Impact of the First Year of COVID-19 on Obesity Risk Factors: A Pandemic Fueling a Pandemic? *Curr Dev Nutr* 2022; 6: nzac011.
- [47] Ho JS, Fernando DI, Chan MY, et al. Obesity in COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Acad Med Singapore* 2020; 49: 996–1008.
- [48] Aghili SMM, Ebrahimpur M, Arjmand B, et al. Obesity in COVID-19 era, implications for mechanisms, comorbidities, and prognosis: a review and meta-analysis. *Int J Obes* 2021; 45: 998–1016.
- [49] World Obesity Federation. Obesity and COVID-19: policy statement., <https://www.worldobesity.org/news/obesity-and-covid-19-policy-statement> (2020).
- [50] Anderson LN, Islam R, Sweetman A. Trends in obesity defined by body mass index among adults before and during the COVID-19 pandemic: a repeated cross-sectional study of the 2009-2023 Canadian Community Health Surveys. *Can Med Assoc J* 2025; 197: E708–E718.
- [51] Mintz LB, Betz NE. Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image. *Sex Roles* 1986; 15: 185–195.
- [52] Cullasi S, Rohrer JM, Bahm C. Body-Image Perceptions across Sex and Age Groups. *Percept Mot Skills* 1998; 87: 839–847.
- [53] Webster J, Tiggemann M. The Relationship Between Women's Body Satisfaction and Self-Image Across the Life Span: The Role of Cognitive Control. *J Genet Psychol* 2003; 164: 241–252.
- [54] Blanco-Ferreiro A, Candal-Pedreira C, Sendón B, et al. Self-perceived body weight and weight status: analysis of concordance by age group and sex. *Public Health* 2024; 229: 160–166.
- [55] St-Onge M-P, Gallagher D. Body composition changes with aging: The cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation? *Nutrition* 2010; 26: 152–155.
- [56] Millstein RA, Carlson SA, Fulton JE, et al. Relationships between body size satisfaction and weight control practices among US adults. *Medscape J Med* 2008; 10: 119.
- [57] Wardle J, Haase AM, Steptoe A. Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. *Int J Obes* 2006; 30: 644–651.
- [58] Quick V, Eisenberg ME, Bucchianeri MM, et al. Prospective Predictors of Body Dissatisfaction in Young Adults: 10-Year Longitudinal Findings. *Emerg Adulthood* 2013; 1: 271–282.
- [59] Matheson FI, Moineddin R, Glazier RH. The weight of place: A multilevel analysis of gender, neighborhood material deprivation, and body mass index among Canadian adults. *Soc Sci Med* 2008; 66: 675–690.
- [60] Fardouly J, Vartanian LR. Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image* 2015; 12: 82–88.

- [61] Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno A-J, Martinez-Jimenez MP, et al. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 4177.
- [62] Tiggemann M, Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 630–633.
- [63] Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image* 2016; 17: 100–110.
- [64] Ramphul K. “Zoom Dysmorphia”: the rise of a new issue amidst the pandemic: “Zoom Dysmorphia”. *Acta Biomed Atenei Parm* 2022; 92: e2021348.
- [65] Pikoos TD, Buzwell S, Sharp G, et al. The Zoom Effect: Exploring the Impact of Video Calling on Appearance Dissatisfaction and Interest in Aesthetic Treatment During the COVID-19 Pandemic. *Aesthet Surg J* 2021; 41: NP2066–NP2075.
- [66] Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, et al. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2006; 39: 244–251.
- [67] Christoph MJ, Jarrett ES, Gower AL, et al. Weight Status and Weight Perception in Relation to Mental Distress and Psychosocial Protective Factors Among Adolescents. *Acad Pediatr* 2018; 18: 51–58.
- [68] Tylka TL. Positive psychology perspectives on body image. In *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. Cash, T. F. & Smolak, L. The Guilford Press, 2011.
- [69] Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, et al. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res*; 18. Epub ahead of print December 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3197-4.
- [70] Milton A, Hambleton A, Roberts A, et al. Body Image Distress and Its Associations From an International Sample of Men and Women Across the Adult Life Span: Web-Based Survey Study. *JMIR Form Res* 2021; 5: e25329.
- [71] Kye SY, Park K. Gender differences in factors associated with body weight misperception. *Public Health Nutr* 2021; 24: 2483–2495.
- [72] Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, et al. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behav Res Ther* 2006; 44: 53–62.
- [73] Robinson E. Overweight but unseen: a review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes* 2017; 18: 1200–1209.
- [74] Frederick DA, Tylka TL, Rodgers RF, et al. Pathways from sociocultural and objectification constructs to body satisfaction among men: The U.S. Body Project I. *Body Image* 2022; 41: 84–96.

- [75] Shields M, Gorber SC, Tremblay M. Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes. 82-003-X, Statistique Canada.
- [76] Tjepkema. Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés. 82-620-MWF2005001, Statistique Canada.
- [77] Audet N. L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes. Institut de la statistique du Québec.
- [78] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Gouvernement du Québec.

ANNEXE 1 RÉPARTITION¹ (%) DU STATUT PONDÉRAL DES ADULTES QUÉBÉCOIS, SELON L'ÂGE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021



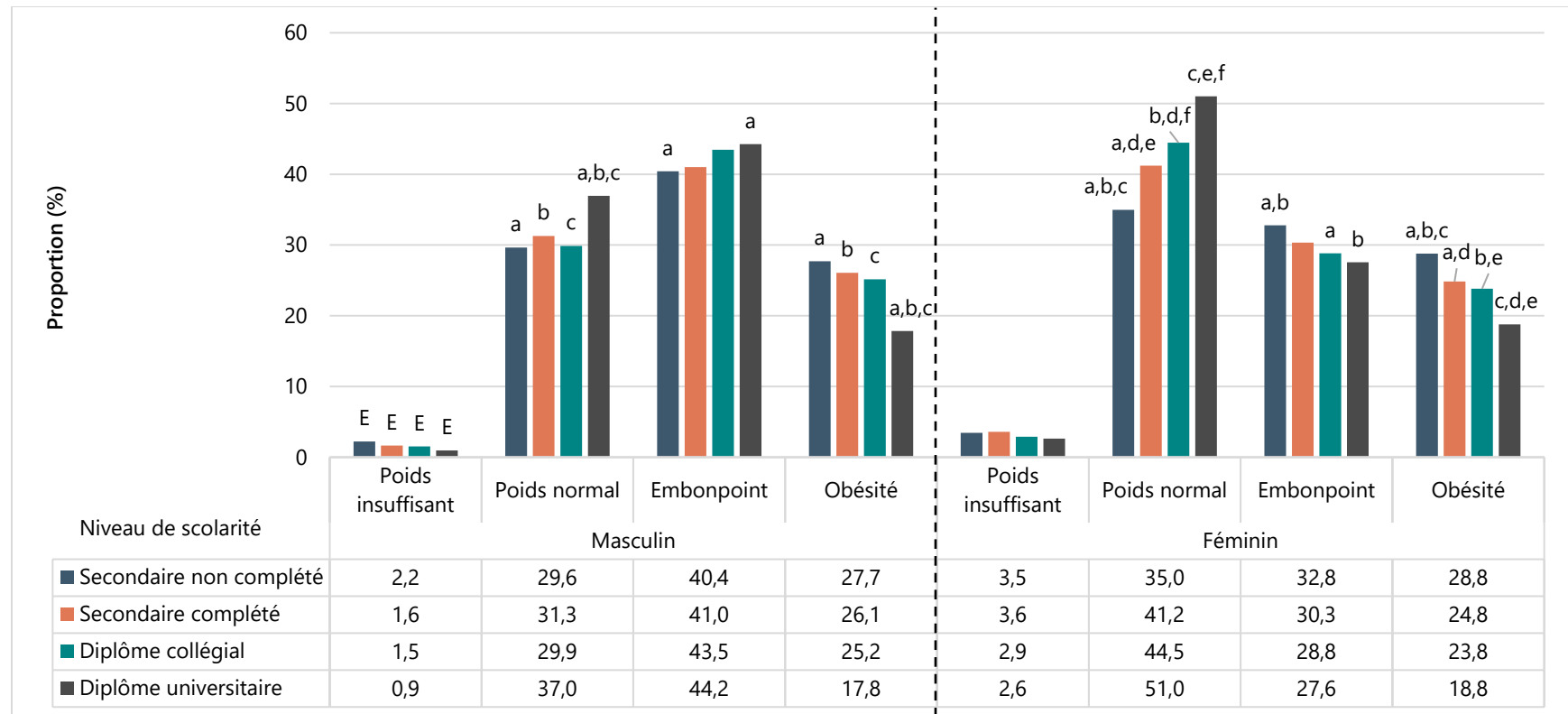
¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.

a, b, c, d, e, f Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

^E Résultat à interpréter avec prudence (coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %).

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

ANNEXE 2 RÉPARTITION¹ (%) DU STATUT PONDÉRAL DES ADULTES QUÉBÉCOIS SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021



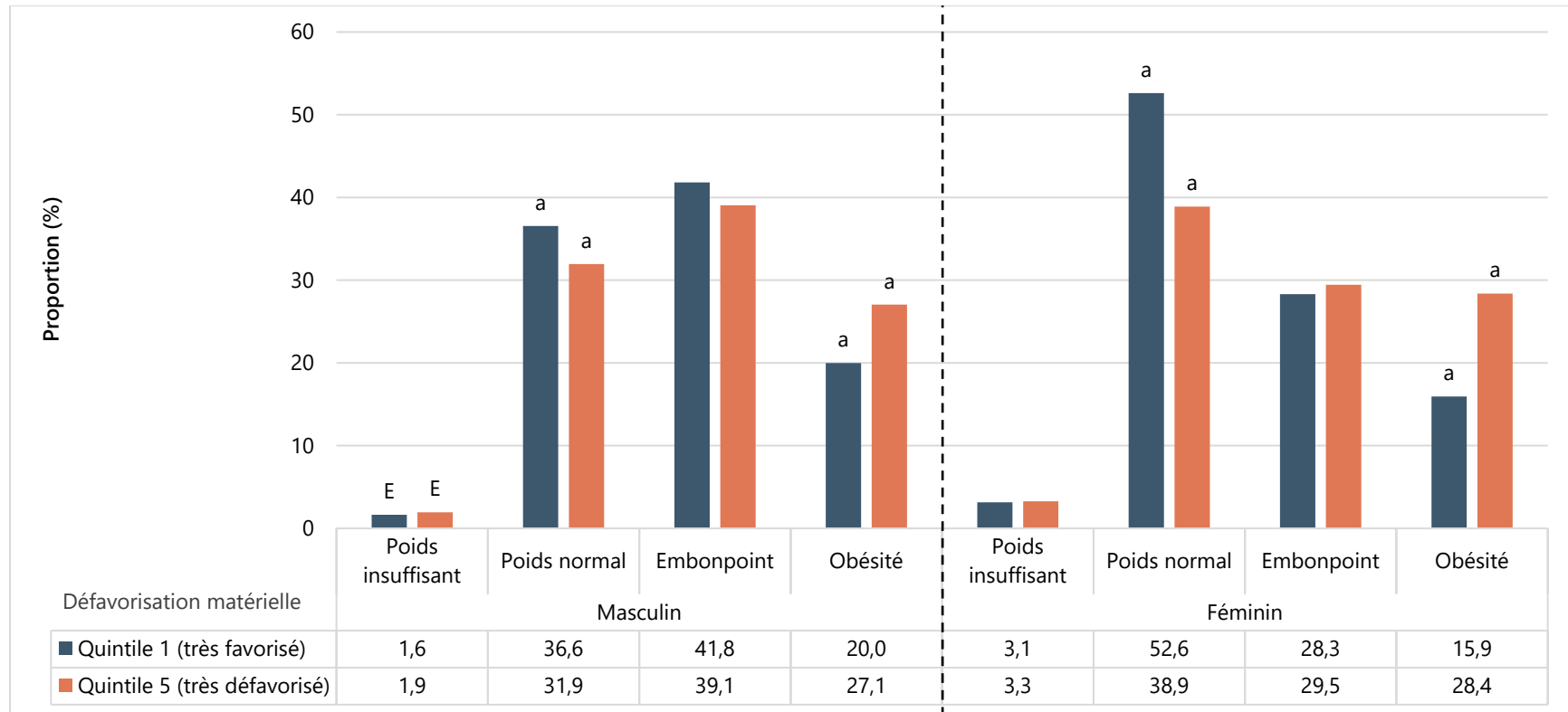
¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.

a, b, c, d, e, f Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

^E Résultat à interpréter avec prudence (coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %).

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

ANNEXE 3 RÉPARTITION¹ (%) DU STATUT PONDÉRAL DES ADULTES QUÉBÉCOIS SELON LE NIVEAU DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021



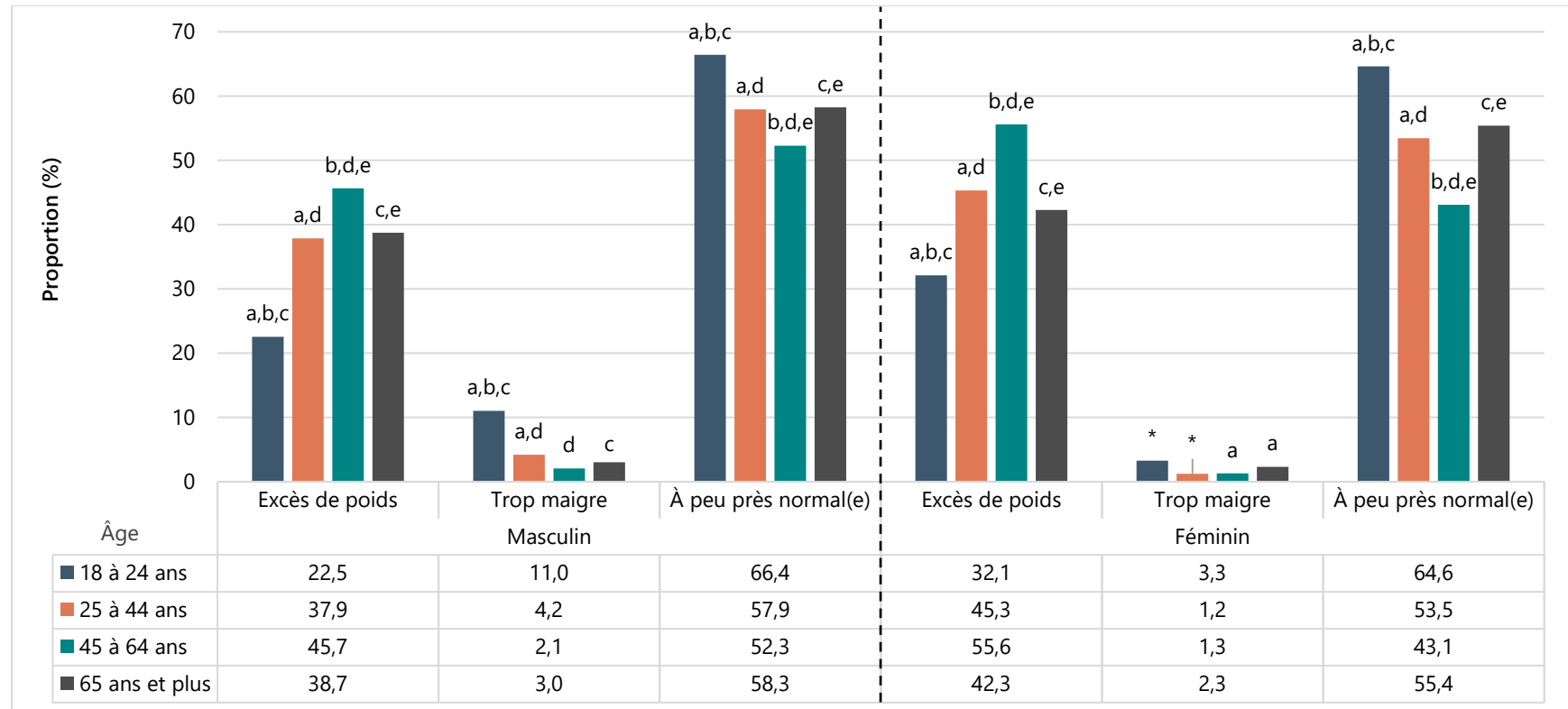
¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.

^{a, b} Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

^E Résultats à interpréter avec prudence (coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %).

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

ANNEXE 4 RÉPARTITION¹ (%) DE LA PERCEPTION DU POIDS DES ADULTES QUÉBÉCOIS, SELON L'ÂGE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021



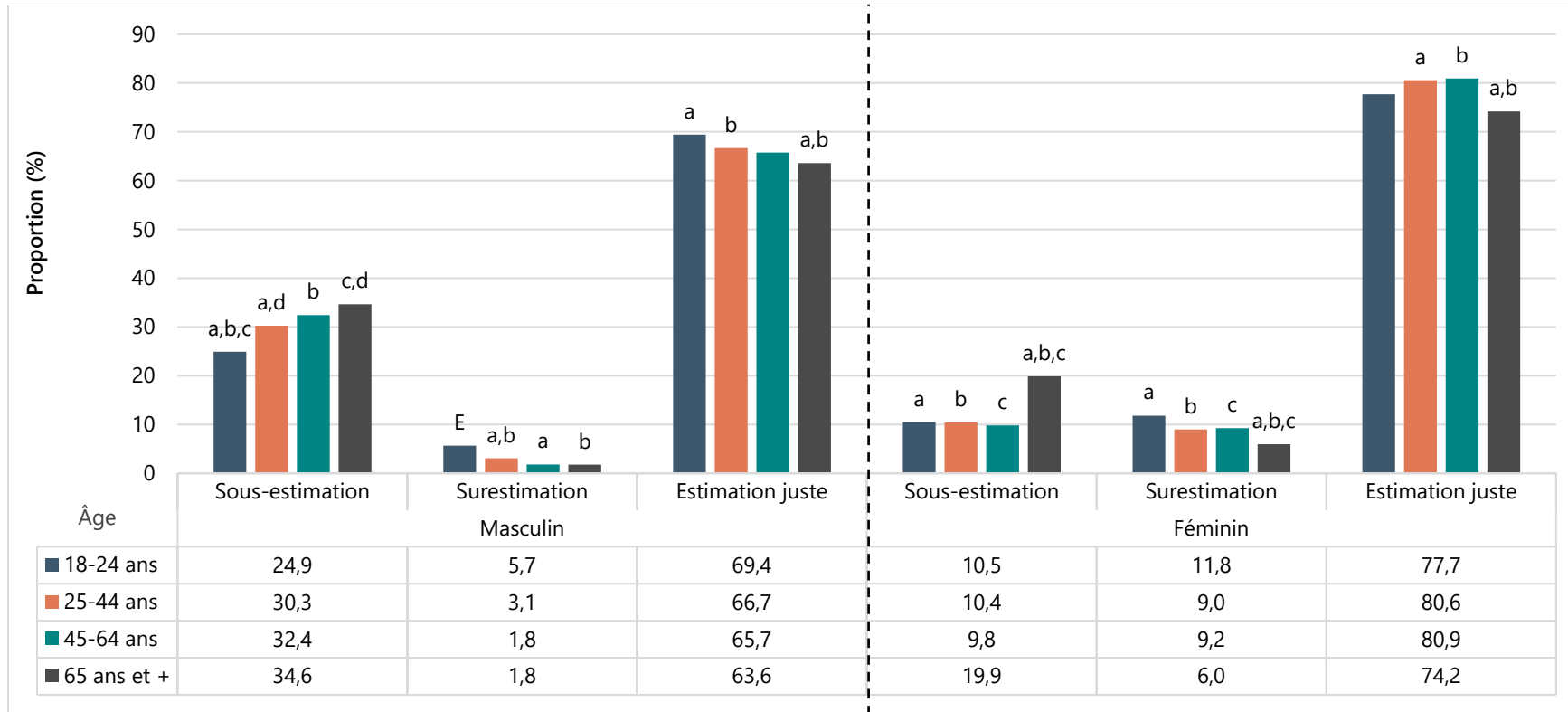
¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.

a, b, c, d, e Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

^E Résultats à interpréter avec prudence (coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %).

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

ANNEXE 5 RÉPARTITION¹ (%) DE LA POPULATION DE 18 ANS ET PLUS SELON LA CONCORDANCE DE LA PERCEPTION DU POIDS PAR RAPPORT AU STATUT PONDÉRAL SELON L'ÂGE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021



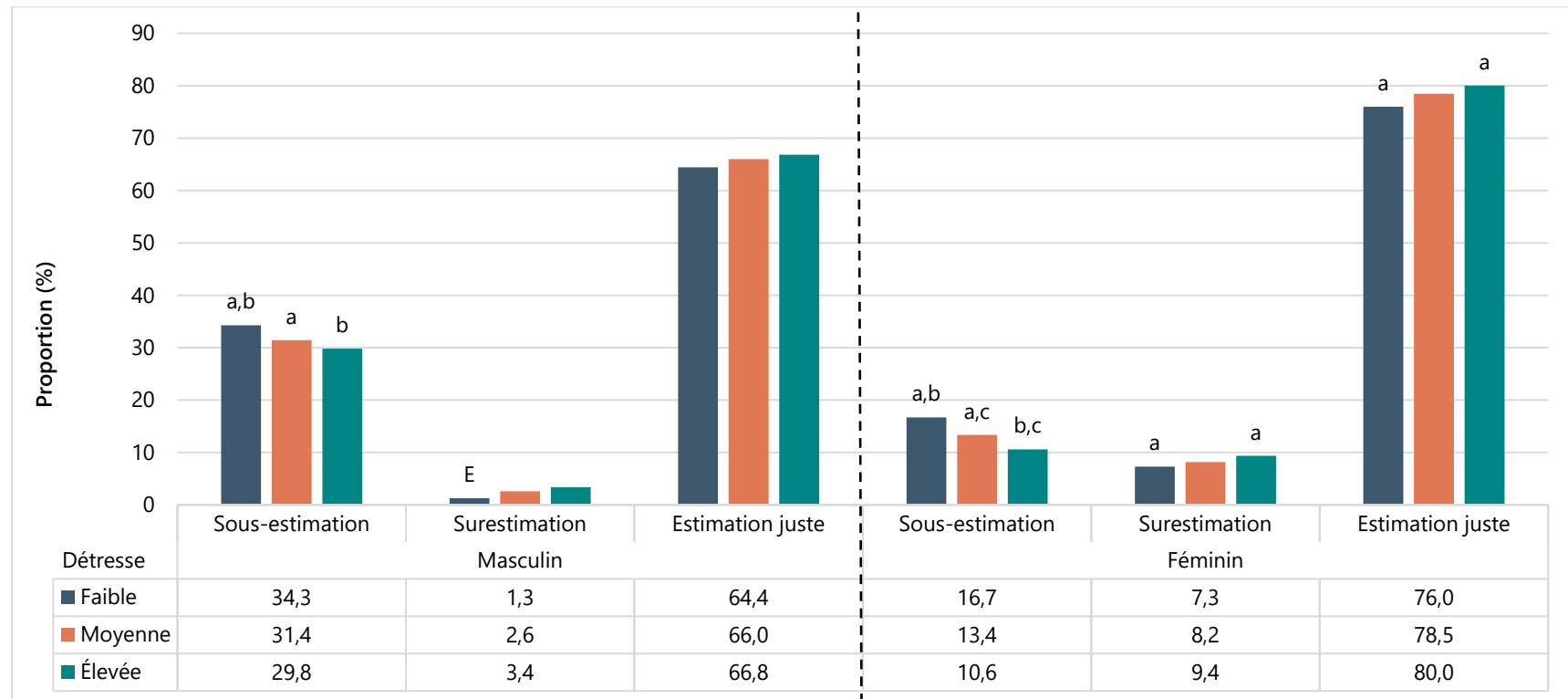
¹ Les proportions présentées sont brutes. Les tests statistiques ont aussi été réalisés sur les proportions brutes.

a, b, c, d Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

^E Résultats à interpréter avec prudence (coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %).

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

ANNEXE 6 RÉPARTITION¹ (%) DE LA POPULATION DE 18 ANS ET PLUS SELON LA CONCORDANCE DE LA PERCEPTION DU POIDS PAR RAPPORT AU STATUT SELON LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LE GENRE, QUÉBEC, 2020-2021



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

a, b, c Le même exposant exprime une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, au seuil de 1 %.

E Résultats à interpréter avec prudence (coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %).

Base de données : Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

