



Statistiques sur l'obésité au Canada



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTEGER LA SANTE DES CANADIENS GRACE AU LEADERSHIP,
AUX PARTENARIATS, A L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIERE
DE SANTE PUBLIQUE.**

—Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Obesity Statistics in Canada

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2024

Date de publication : septembre 2024

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-188/2024F-PDF

ISBN : 978-0-660-72779-0

Pub. : 240370

Remerciements

Le rapport a été préparé par les personnes suivantes (actuellement et anciennement) au Centre de surveillance et de recherche appliquée (CSAR) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) : Farah Barakat, Julie Bates, Marisol Betancourt, Alexandria Melvin, Karen C Roberts, Margot Shields, Calum Thompson, Wendy Thompson, Stephanie Toigo, Ron Wall, Chinchin Wang, et Danisha Zaman.

Nous tenons également à souligner la contribution des personnes suivantes, qui ont fourni une révision et des commentaires utiles à l'élaboration de ce rapport : Mary Sue Devereaux, Didier Garriguet, Margaret de Groh, Blair Jones, Alison Lake, Sarah MacKinnon, Shaila Rodrigues, et Eric Vallières.

Table des matières

Résumé du rapport sur l'obésité	1
Liste des tableaux	5
Liste des figures	7
01. Qu'est-ce que l'obésité et comment la mesurer?	11
Principaux points	11
Qu'est-ce que l'obésité?	11
Comment mesure-t-on l'obésité?	11
Autres mesures de l'excès de graisse corporelle	14
Risques pour la santé	15
Surveillance	16
IMC auto-déclaré et IMC mesuré	17
02. Obésité des adultes	19
Principaux points	19
Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint chez les adultes	21
Âge et sexe	21
Tour de taille	24
Revenu et scolarité des ménages	25
Variations régionales	28
Autochtones	31
Autres déterminants sociaux de la santé	31
Tendances au fil du temps	32
Tendances depuis 2000	32
En fonction des données autodéclarées sur la taille et le poids	32
En fonction de mesures physiques	37
Projections	39
L'obésité et la pandémie de COVID-19	41

03. Obésité chez les enfants et les jeunes	43
Principaux points	43
Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes	45
Revenu et scolarité des ménages	46
Variations régionales	49
Statut autochtone	52
Autres déterminants sociaux de la santé	52
Tendances au fil du temps	53
Projections	55
04. Sources de données et méthodes	59
Sources de données	59
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	59
ESCC – Nutrition	60
Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)	60
Définition des variables	61
Analyses	62
Limites des données d'enquête	62
Comparaison des estimations entre les enquêtes	63
Modèle de microsimulation de la santé de la population (POHEM)	63
Annexes	65
ANNEXE A : IMC, mortalité et paradoxe de l'obésité	65
ANNEXE B : Équations de correction pour corriger dans l'ESCC l'IMC en fonction de la taille et du poids auto-déclarés ou déclarés par les parents dans l'ESCC	67
ANNEXE C : Les tableaux de données d'accompagnement	70
Bibliographie	107

Résumé du rapport sur l'obésité

Introduction (et risques pour la santé)

Le terme « obésité » décrit un problème médical dans lequel l'excès de graisse corporelle menace la santé. Les personnes présentant un excès de graisse corporelle ont un risque élevé de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète, certains types de cancers et divers troubles mentaux (1,2). Chez les enfants, un indice de masse corporelle (IMC) élevé a été associé à l'apparition précoce de maladies telles que le diabète de type 2, l'hypertension et une série de cancers (3,4). Il est également prouvé qu'un IMC élevé pendant l'enfance peut engendrer des conséquences psychosociales négatives, telles que la dépression, une faible estime de soi et des troubles du comportement (5,6). En outre, l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence est fortement associée à l'obésité à l'âge adulte (7,8).

Objet du présent rapport

L'objectif de ce rapport consiste à sensibiliser et à fournir les informations et les données les plus récentes sur la prévalence de l'obésité chez les adultes, les enfants et les adolescents dans le contexte canadien. Ce rapport vise à informer les parties prenantes, les décideurs et les professionnels de la santé lors de l'élaboration de programmes et de politiques concernant la prévalence de l'obésité au Canada. Ce rapport traite de l'obésité et de la manière dont elle est mesurée, et détermine les groupes de population les plus touchés par l'obésité.

Les informations et les données présentées dans ce rapport proviennent de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) des années 2000 à 2021, de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) du cycle 1 (2007 à 2009) au cycle 6 (2018–2019), et de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Nutrition (ESCC – Nutrition) de 2004 et 2015. L'analyse statistique des données permet de ventiler la prévalence de l'obésité en fonction de différentes variables (lorsqu'elles sont disponibles), telles que l'âge et le sexe, le revenu et le niveau d'éducation du ménage, le statut d'autochtone, les variations régionales, ainsi que les projections temporelles et prévisionnelles.

Comment mesure-t-on l'obésité?

Indicateur le plus utilisé par les systèmes de surveillance pour suivre l'excès de graisse corporelle au sein d'une population, l'IMC est une mesure du poids d'un individu par rapport à sa taille (poids divisé par la taille au carré – poids (kg)/taille (m²)) (9).

Pour les adultes

Chez les adultes, les estimations de l'IMC calculées à partir de données autodéclarées sont souvent biaisées, les adultes sous-estimant le poids et surestimant la taille (10). Des équations de correction pour ajuster l'IMC sur la base de la taille et du poids autodéclarés ont été développées pour les adultes dans l'ESCC. Dans ce rapport, l'IMC autodéclaré corrigé (IMC_{AdC}) fait référence à l'IMC basé sur des valeurs autodéclarées qui ont été ajustées pour corriger les biais. Pour les adultes, seuls l'IMC mesuré et l'IMC ajusté sont présentés dans le rapport.

Pour les enfants et les jeunes

Les enfants et les jeunes grandissant à des rythmes différents, les seuils spécifiques à l'âge et au sexe de l'Organisation mondiale de la Santé sont appliqués pour classer l'IMC (11–13). Pour les jeunes de 5 à 17 ans, il existe quatre catégories d'IMC (mince, poids normal, embonpoint et obésité). Pour les enfants de moins de 5 ans, une catégorie « risquant l'embonpoint » est aussi utilisée pour réduire la probabilité qu'ils soient classés dans la catégorie « obésité » pendant une période de croissance rapide. Chez les enfants et les jeunes, la taille et le poids autodéclarés et déclarés par les parents entraînent souvent une classification erronée de l'IMC, pour laquelle aucune équation de correction n'a été établie au Canada (14,15). Par conséquent, seules les données mesurées, pour les enfants et les jeunes, sont utilisées dans ce rapport.

Principales conclusions

Obésité des adultes

- > En 2021, 29,5 % des adultes canadiens avaient un IMC_{AdC} classé dans la catégorie obésité. De plus, 35,5 % avaient un IMC_{AdC} classé dans la catégorie de l'embonpoint. Par conséquent, 65 % des adultes canadiens ont été classés dans la catégorie combinée de l'embonpoint et de l'obésité.
- > Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir un IMC_{AdC} dans la catégorie de l'embonpoint (39,7 % par rapport à 31,3 %).
- > La prévalence la plus faible de l'obésité se trouvait dans les groupes d'âge les plus jeunes (18 à 34 ans) et les plus âgés (80 ans ou plus) : 22,5 % et 21,2 %, respectivement.
- > Chez les femmes, le faible revenu du ménage était associé à une prévalence de l'obésité significativement plus élevée que dans le groupe de revenu du ménage le plus élevé (30,8 % contre 26,6 %).
- > Pour les deux sexes, la prévalence la plus faible de l'obésité se trouvait parmi ceux appartenant au groupe dont le niveau de scolarité du ménage était le plus élevé (diplômés d'études post-secondaire).
- > L'obésité était significativement plus fréquente chez les adultes des zones rurales (33,6 %) que dans les centres urbains (28,6 %).
- > Entre 2000-2001 et 2019-2020, la prévalence de l'obésité chez les adultes, basée sur des données autodéclarées, est passée de 20,6 % à 28,2 %. Une tendance significative à la hausse de la prévalence de l'obésité (basée sur l'IMC ajusté) a été observée chez les adultes de tous les groupes d'âge, de tous les quintiles de revenus des ménages et de tous les niveaux de scolarité des ménages. L'impact de la COVID-19 reste à déterminer.

Obésité chez les enfants et les jeunes

- > En 2015, 12,4 % des enfants et des jeunes Canadiens âgés de 5 à 17 ans avaient un IMC qui les plaçait dans la catégorie de l'obésité, et 19,4 % de plus se situaient dans la catégorie de l'embonpoint. En conséquence, près d'un enfant ou adolescent sur trois (31,8 %) ont été classés dans la catégorie combinée de l'embonpoint et de l'obésité.
- > Un pourcentage plus élevé de garçons que de filles se trouvait dans la catégorie de l'obésité (14,9 % par rapport à 9,9 %).
- > La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés était plus élevée chez les 12 à 17 ans que chez les 5 à 11 ans (35,6 % par rapport à 28,4 %).
- > En 2004, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes (12,9 %) était le double du taux observé en 1978-1979.

- > Il semble que la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint et l'obésité combinés chez les enfants et les jeunes se soient stabilisés au cours des dernières décennies, à quelques exceptions près. Chez les enfants âgés de 5 à 11 ans, la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint et l'obésité combinés étaient plus faibles entre 2014 et 2019 qu'en 2004 (13,3 % par rapport à 10,4 %, et 35,9 % comparativement à 26,6 %). Chez les jeunes de 12 à 17 ans, aucune différence significative n'a été observée en matière d'obésité ou d'embonpoint et d'obésité combinés. Chez les filles (mais pas chez les garçons) âgées de 2 à 4 ans, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés a diminué entre 2004 et 2015 (11,1 % par rapport à 4,1 %).

Mot de la fin

Pour les adultes, la prévalence de l'obésité à partir de 2021 semble être plus élevée que les années précédentes. Toutefois, des données supplémentaires s'avèrent nécessaires pour déterminer si l'augmentation est plus importante que celle anticipée sur la base des tendances récentes. Une surveillance continue pourrait permettre de suivre l'évolution de l'obésité dans le contexte d'une pandémie à long terme. Nous attendons des données mesurées représentatives à l'échelle nationale pour les enfants et les jeunes, recueillies depuis la pandémie de COVID-19. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre pleinement l'impact de la COVID-19 sur les comportements liés à la santé (par exemple, les mouvements, les habitudes alimentaires) des enfants (5-11 ans) et des jeunes (12-17 ans) au Canada. Les recherches en cours permettront de déterminer si la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents se maintient à un plateau ou si une augmentation sera observée après la pandémie de COVID-19.

Liste des tableaux

Tableau 2a : Prévalence du risque pour la santé lié au tour de taille, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires, 2014 à 2019.	24
Tableau 2b : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la province ou le territoire, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2019-2020	28
Tableau 3a : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015	47
Tableau 3b : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le niveau de scolarité le plus élevé du ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015.	48
Tableau 3c : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et la province, ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015	49
Tableau 3d : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le lieu de résidence en région urbaine/rurale, ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015.	51
Tableau A2.2 : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans ou plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) auto-déclaré corrigé, Canada à l'exception des territoires, 2021	70
Tableau A2.3 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021.	71
Tableau A2.4 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021.	71
Tableau A2.5 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	72
Tableau A2b : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la province ou le territoire, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2019-2020.	73

Tableau A2.6 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la zone urbaine ou rurale, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	74
Tableau A2.7 : Prévalence de l'obésité (IMC autodéclaré et ajusté), taux bruts, parmi les Canadiens adultes de 18 ans et plus, par régions sociosanitaires, des deux sexes, 2015-2018	75
Tableau A2.8a : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	79
Tableau A2.8b : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	81
Tableau A2.9 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	82
Tableau A2.10 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	85
Tableau A2.11 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	88
Tableau A2.12a : Prévalence de l'obésité de classe III auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	90
Tableau A2.12b : Prévalence de l'obésité de classe III auto-déclarée corrigée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	91
Tableau A2.13a : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	92
Tableau A2.13b : Prévalence de l'obésité mesurée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	93
Tableau A2.14a : Prévalence de l'obésité de classe III mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	94

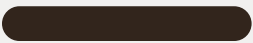
Tableau A2.14b : Prévalence de l'obésité de classe III mesurée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	95
Tableau A2.16 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée chez les peuples autochtones/non autochtones (vivant hors réserve), selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	96
Tableau A3.1a : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 2 à 17 ans, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, Canada à l'exception des territoires, 2015	97
Tableau A3.1b : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 5 à 17 ans, selon le sexe et la catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, Canada à l'exception des territoires, 2014-2019	99
Tableau A3.2 : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 2 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	100
Tableau A3.3 : Prévalence de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 2 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	102
Tableau A3.6 : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés chez les enfants et les jeunes autochtones/non autochtones, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015	104
Tableau A4a : Taux de réponse et taille des échantillons pour les estimations auto-déclarées fondées sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	105
Tableau A4b : Taux de réponse et taille des échantillons pour les estimations mesurées	106

Liste des figures

Figure 2.1 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée et mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	21
Figure 2.2 : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans ou plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) auto-déclaré corrigé, Canada à l'exception des territoires, 2021	22
Figure 2.3 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	23
Figure 2.4 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	26
Figure 2.5 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	27
Figure 2.6 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la zone urbaine ou rurale, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021	29
Figure 2.7 : Prévalence de l'obésité (IMC autodéclaré et ajusté), taux bruts, parmi les Canadiens adultes de 18 ans ou plus, par régions sociosanitaires, des deux sexes, 2015-2018	30
Figure 2.8 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	33
Figure 2.9 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	34
Figure 2.10 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	35
Figure 2.11 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	36

Figure 2.12 : Prévalence de l'obésité de classe III auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020	37
Figure 2.13 : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	38
Figure 2.14 : Prévalence de l'obésité de classe III mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	39
Figure 2.15 : Prévalence de l'obésité mesurée basé sur les prévisions de POHEM et les données d'enquête, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada, 2001-2035.	40
Figure 3.1 : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 5 à 17 ans, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, Canada à l'exception des territoires, 2015	46
Figure 3.2 : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 5 à 11 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)	53
Figure 3.3 : Prévalence de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe, population à domicile âgée de 5 à 11 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées).	54
Figure 3.4 : Prévalence de l'obésité mesurée basé sur les prévisions de POHEM et les données d'enquête, population à domicile âgée de 6 à 11 ans, Canada à l'exception des territoires, 2001-2035	56
Figure 3.5 : Prévalence de l'obésité mesurée basé sur les prévisions de POHEM et les données d'enquête, population à domicile âgée de 12 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2001-2035	57
Figure 4.1 : Prévalence de l'obésité autodéclarée, autodéclarée ajustée, et mesurée, population des ménages âgée de 18 à 79 ans du sexe masculin, Canada 2000-2001 à 2019.	67
Figure 4.2 : Prévalence de l'obésité autodéclarée, autodéclarée ajustée, et mesurée, population des ménages âgée de 18 à 79 ans du sexe féminin, Canada 2000-2001 à 2019.	68

Le terme « obésité » décrit un problème médical dans lequel l'excès de graisse corporelle menace la santé.



01.

Qu'est-ce que l'obésité et comment la mesurer?

Principaux points

- > L'indicateur de l'excès de graisse corporelle le plus couramment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC), qui est une mesure du poids de la personne par rapport à sa taille.
- > Selon les Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, les personnes âgées de 18 ans ou plus sont classées en six catégories d'IMC, chacune représentant un niveau différent de risque pour la santé.
- > L'IMC est également calculé pour les enfants et les jeunes, en utilisant les catégories selon l'âge et le sexe recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé.
- > La surveillance de l'IMC au sein de la population permet d'obtenir des renseignements sur les tendances dans le temps et peut être utilisée pour mettre au point et évaluer des programmes d'intervention.

Qu'est-ce que l'obésité?

Le terme « obésité » décrit un problème médical dans lequel l'excès de graisse corporelle menace la santé (17). Les personnes présentant un excès de graisse corporelle ont un risque élevé de maladies telles que l'hypertension, les maladies coronariennes, le diabète de type 2, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrose, certains cancers (2,18), et des troubles de santé mentale tels la dépression (1,18).

Comment mesure-t-on l'obésité?

L'indicateur le plus couramment utilisé par les systèmes de surveillance pour suivre l'excès de graisse corporelle est l'indice de masse corporelle (IMC). Cet indice est une mesure du poids de la personne par rapport à sa taille (poids divisé par la taille au carré – poids (kg)/taille (m²)) (19).

Les Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes (20) suivent celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (21). Selon ces directives, les personnes âgées de 18 ans ou plus sont classées en six catégories d'IMC, chacune représentant un niveau différent de risque pour la santé : insuffisance pondérale, poids normal, embonpoint, obésité de classe I, obésité de classe II et obésité de classe III (voir *boîte 1. Classification de l'IMC pour les adultes*).

Boîte 1. Classification de l'IMC pour les adultes

Classification	Catégorie d'IMC (kg/m ²)	Risque de développer des problèmes de santé
Insuffisance pondérale	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 à 24,9	Moindre
Embonpoint	25,0 à 29,9	Accru
Obésité	≥ 30,0	Élevé
Classe I	30,0 à 34,9	Très élevé
Classe II	35,0 à 39,9	Extrêmement élevé
Classe III	≥ 40	

Certains articles évoquent la nécessité de revoir les seuils de l'IMC ou la manière dont l'IMC est mesuré puisqu'il ne tient pas compte de l'âge, du sexe, des ethnies et du statut autochtone (22–26). Toutefois, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a pas encore émis de recommandations à ce sujet. À l'heure actuelle, les seuils d'IMC ci-dessus restent la meilleure mesure de l'obésité au sein de la population.

Ce rapport a utilisé les *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* (20) pour classer les adultes âgés de 18 ans ou plus (à l'exclusion des femmes enceintes) en fonction de leur IMC.

Étant donné que les enfants et les jeunes grandissent à des rythmes différents, les seuils recommandés par l'OMS en fonction de l'âge et du sexe sont utilisés pour calculer l'IMC (voir *boîte 2. Classification de l'IMC pour les enfants et les jeunes*). Pour les enfants de 5 à 17 ans, il existe quatre catégories de classification (mince, poids normal, embonpoint et obésité); pour les enfants de moins de 5 ans, une catégorie « risquant l'embonpoint » est également utilisée. Pour ce rapport, les seuils de l'OMS (11–13) ont été utilisés pour classer les enfants et les jeunes âgés de 17 ans ou moins (215 mois ou moins). Bien que les seuils de l'OMS s'étendent jusqu'à 19 ans, la classification pour les adultes a été utilisée chez ceux âgés de 18 ans ou plus (216 mois ou plus).

Boîte 2. Classification de l'IMC pour les enfants et les jeunes

Le calcul de l'IMC pour les enfants et les jeunes est le même que pour les adultes (poids divisé par la taille au carré), mais en raison des rythmes de croissance variables, les seuils sont en fonction de l'âge et du sexe. L'Agence de la santé publique du Canada s'inspire des catégories d'IMC proposés par l'OMS pour calculer les estimations de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes (9,11).

En 2006, l'OMS a publié des références internationales de croissance pour les enfants de moins de 5 ans (60 mois ou moins) (21). Ces références sont fondées sur une cohorte d'enfants élevés dans des conditions favorables comprenant l'allaitement maternel, une bonne alimentation et une mère non-fumeuse. Ces conditions sont considérées comme étant optimales pour une croissance saine (11). En 2007, l'OMS a produit des normes de croissance pour les enfants de 5 à 19 ans (61 à 228 mois) (12). En 2010, plusieurs associations professionnelles canadiennes avaient recommandé que les références de l'OMS soient utilisées pour surveiller la croissance des enfants (27).

Les catégories de l'OMS qui servent à classer les enfants de moins de 5 ans (60 mois ou moins) qui ont un IMC dans la catégorie de l'embonpoint ou de l'obésité diffèrent de celles utilisées pour les enfants de 5 ans ou plus (61 mois ou plus) (13). Pour les deux groupes d'âge, la classification est fondée sur des courbes de croissance précisant les IMC moyens et les écarts-types par âge en mois. L'approche pour les enfants de moins de 5 ans comprend une catégorie « à risque d'embonpoint », ce qui réduit la probabilité qu'ils soient classés dans la catégorie « obésité » pendant une période de croissance rapide (13). En raison de la différence entre les catégories de classification, l'OMS ne recommande pas de combiner les deux groupes d'âge.

Les catégories et les valeurs d'écart-type suivantes (fondées sur les moyennes et les écarts-types de la courbe de croissance de l'OMS) (11-13) sont utilisées dans les systèmes de classification pour les enfants âgés de 60 mois ou moins et les enfants âgés de 61 mois ou plus :

Catégorie d'IMC	60 mois ou moins	61 mois ou plus
Mince	Écart-type ≥ 2 sous la moyenne	Écart-type ≥ 2 sous la moyenne
Poids normal	Écart-type < 2 sous la moyenne et écart-type de ≤ 1 au-dessus de la moyenne	Écart-type < 2 sous la moyenne et écart-type de ≤ 1 au-dessus de la moyenne
À risque d'embonpoint	Écart-type > 1 au-dessus de la moyenne et écart-type ≤ 2 au-dessus de la moyenne	Catégorie non utilisée
Embonpoint	Écart-type > 2 au-dessus de la moyenne et écart-type ≤ 3 au-dessus de la moyenne	Écart-type > 1 au-dessus de la moyenne et écart-type ≤ 2 au-dessus de la moyenne
Obésité	Écart-type > 3 au-dessus de la moyenne	Écart-type > 2 au-dessus de la moyenne

Écart-type par rapport à la moyenne de la courbe de croissance de l'OMS pour l'âge et le sexe.

Autres mesures de l'excès de graisse corporelle

L'IMC ne fait pas la distinction entre la graisse corporelle et la masse maigre (muscles), et il ne donne aucune information sur la répartition de la graisse corporelle ou la silhouette du corps (19,28). L'obésité abdominale a été associée à la mortalité toutes causes confondues et à la mortalité par maladie cardiovasculaire (29-34). Les mesures de l'obésité abdominale peuvent apporter un pouvoir discriminatoire supplémentaire dans la prédiction des maladies liées à l'obésité (29-34). Même chez les personnes dont l'IMC se situe dans la catégorie de poids normal, la graisse abdominale a été associée à des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (35). Pour les milieux cliniques, il est recommandé de mesurer le tour de taille ainsi que l'IMC (36), en particulier pour les personnes dont l'IMC se situe dans les catégories du poids normal, de l'embonpoint ou de l'obésité de classe I. Chez les adultes dont l'IMC se situe dans les catégories de l'obésité de classe II et de classe III, les mesures du tour de taille se situent presque toutes dans le groupe à haut risque. Pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, l'OMS (37), Santé Canada (38) et Obésité Canada (36) classent le tour de taille en trois catégories de risque pour la santé (39) (voir **boîte 3. Catégories de risque pour la santé lié au tour de taille (TT) pour les adultes**).

Plusieurs techniques de mesure de la graisse corporelle sont plus précises que l'IMC : la pesée sous l'eau (densitométrie), l'absorptiométrie à rayons X biphotonique et l'imagerie par résonance magnétique (19,28). Ces procédures sont complexes, coûteuses et peu pratiques en milieu clinique ou pour la surveillance. Elles sont utilisées dans des études de recherche pour confirmer l'exactitude de méthodes plus simples, comme l'IMC. En fait, il s'est avéré que l'IMC est fortement corrélé avec la graisse corporelle mesurée par ces moyens plus complexes (« étalon-or ») (7,19,28).

Boîte 3. Catégories de risque pour la santé lié au tour de taille (TT) chez les adultes

Risque pour la santé lié au TT	Mesure du TT	
	Hommes	Femmes
Risque faible	< 94,0 cm	< 80,0 cm
Risque accru	94,0 à 102,0 cm	80,0 à 88,0 cm
Risque élevé	≥ 102,0 cm	≥ 88,0 cm

Bien que ces techniques complémentaires fournissent des renseignements précieux, l'IMC reste la mesure privilégiée pour la surveillance de la population et les études épidémiologiques, en raison de sa simplicité, de son rapport coût-efficacité et de la facilité avec laquelle il peut être estimé.

Risques pour la santé

Chez les adultes, l'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) a été associée à un risque accru de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, d'asthme, de maladies de la vésicule biliaire, d'arthrose, de douleurs au dos chroniques et de plusieurs types de cancer (2). De même, un IMC dans la catégorie de l'embonpoint (IMC de 25,0 à 29,9 kg/m^2) a été associé à une probabilité plus élevée de contracter ces maladies (2). La recherche a également révélé des relations entre l'excès de graisse corporelle et des troubles de la santé mentale tels que les troubles de l'humeur, le syndrome de stress post-traumatique, l'hyperphagie boulimique et la schizophrénie (1).

L'obésité morbide ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$), comme définies dans les directives de Santé Canada (38), présente le plus grand risque pour la santé, notamment pour le diabète de type 2 (5,1 fois plus de risque comparé à un IMC normal) et les maladies cardiovasculaires (2,53 à 3,14 fois plus de risque comparé à un IMC normal) (40,41). Bien que la prévalence de l'obésité morbide soit faible, les dépenses de santé associées sont disproportionnellement élevées (42).

L'association entre l'IMC et la mortalité est moins concluante. Certaines études (43-48) ont démontré que les personnes dont l'IMC se situe dans la catégorie de l'embonpoint ont un risque de mortalité toutes causes confondues **moindre** par rapport à un IMC dans la catégorie du poids normal. Cette relation contre-intuitive est connue sous le nom de « paradoxe de l'obésité ». Des lacunes méthodologiques dans les recherches présentant ces résultats, telles que la causalité inversée et le manque de prise en compte des facteurs de confusion, sont probablement à l'origine de cette association inattendue. Cette relation est encore compliquée par le fait que l'IMC ne fait pas la distinction entre la graisse corporelle et la masse musculaire maigre sans graisse. La catégorie « embonpoint » de l'IMC comprend les personnes dont la valeur de l'IMC résulte d'un taux de graisse corporelle plus élevé, mais également les personnes dont la valeur de l'IMC résulte d'une masse musculaire maigre plus élevée (49). Les erreurs de classification en raison de la masse musculaire maigre sont plus courantes dans certaines populations cliniques (50), et chez les personnes ayant des exigences en matière de forme physique (par exemple, les soldats (51) ou les athlètes (52)). Voir *annexe A : IMC, mortalité et paradoxe de l'obésité*.

Chez les enfants, l'apparition précoce de maladies, notamment le diabète de type 2, les maladies coronariennes, l'hypertension et une série de cancers, sont associés à un IMC élevé (3,4). Des données probantes laissent également penser qu'un IMC élevé pendant l'enfance peut entraîner des conséquences psychosociales, telles que la dépression, une plus faible estime de soi et des troubles du comportement (5,6). De même, l'obésité dans l'enfance et l'adolescence est fortement associée à l'obésité à l'âge adulte (7,8).

Les estimations des coûts directs (coûts associés au traitement et à la gestion de l'état) et indirects (coûts associés aux années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et d'une invalidité à court ou à long terme) de l'obésité sont élevées (53). Un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a révélé qu'en moyenne, les pays consacraient 8,4 % de leurs dépenses totales de santé au traitement des conséquences du surpoids et de l'obésité entre 2020 et 2050 (53). L'OCDE a prédit que les dépenses moyennes associées à la gestion de l'obésité et du surpoids représentent environ le double des coûts de soins de santé estimés du surpoids et de l'obésité en 2006, soit 4,1 % (54). L'obésité et ses conséquences sont associées à des effets économiques tels que la productivité au travail et la participation au marché du travail. Comme mentionné dans le rapport de l'OCDE, au niveau macroéconomique, un tel impact sur le marché du travail affecte le PIB d'un pays et augmente la pression fiscale (53).

Surveillance

La surveillance régulière des tendances relatives à l'IMC au fil du temps est essentielle pour comprendre les populations à risque, déterminer les domaines d'intervention et évaluer l'efficacité des politiques et des programmes.

L'IMC reste la mesure privilégiée pour la surveillance de la population et les études épidémiologiques, en raison de sa simplicité, de son rapport coût-efficacité et de la facilité avec laquelle il peut être estimé.

À l'échelle nationale, un certain nombre d'enquêtes de Statistique Canada fournissent régulièrement des données de surveillance pour le calcul de l'IMC. Cependant, les données sur la taille et le poids n'étant pas collectées de la même manière, les différentes enquêtes produisent des estimations différentes. Veuillez consulter la *Section 4 : Sources de données et méthodes* pour davantage d'information.

IMC auto-déclaré et IMC mesuré


L'IMC peut être calculé à partir de renseignements provenant d'enquêtes dans lesquelles on demande aux personnes interrogées de déclarer elles-mêmes leur taille et leur poids, ou d'enquêtes menées par des intervieweurs formés pour la prise de mesures précises. Afin d'estimer l'IMC des enfants, dans le cadre des enquêtes, on peut demander aux parents de déclarer la taille et le poids de leur enfant. Cependant, l'exactitude des estimations de l'IMC fondées sur les données déclarées par les parents a été remise en question (55).

Il est reconnu que les adultes sous-estiment leur poids et surestiment leur taille (10). Par conséquent, les estimations de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité calculées à partir de données auto-déclarées sont nettement inférieures aux estimations fondées sur des données mesurées. Les chercheurs au Canada ont tenté d'établir des équations pour corriger ces auto-déclarations afin de pouvoir obtenir des estimations plus précises de l'IMC à partir de données auto-déclarées (Voir *annexe B : Équations de correction pour corriger dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC] l'IMC en fonction de la taille et du poids auto-déclarés ou déclarés par les parents*). Dans ce rapport, l'IMC auto-déclaré corrigé (IMC_{AdC}) représente l'IMC, fondé sur des valeurs auto-déclarées, qui a été ajusté pour corriger les biais.

Comme pour les adultes, la classification de l'IMC des jeunes en fonction de la taille et du poids auto-déclarés sous-estime la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité (14,15). Chez les jeunes, les filles sous-estiment davantage leur poids que les garçons, et les personnes des deux sexes ayant un IMC classé dans la catégorie de l'embonpoint/de l'obésité sous-estiment davantage leur poids que les jeunes ayant un IMC dans la catégorie de poids normal (15). D'autres travaux sont nécessaires pour déterminer s'il est faisable d'élaborer des équations de correction pour les jeunes.

Pour les enfants, les données auto-déclarées ou déclarées par les parents sur le poids et la taille entraînent souvent une classification erronée importante de l'IMC (55). De plus, alors que les erreurs de classification de l'IMC en fonction de la taille et du poids déclarés par les adultes ont tendance à être cohérentes et prévisibles, ce n'est pas le cas pour l'IMC des enfants fondé sur la taille et le poids déclarés par les parents (55). Cette incohérence a contrecarré les tentatives pour concevoir des équations de correction afin de corriger l'IMC basé sur la déclarations des parents.

La surveillance régulière des tendances relatives à l'IMC au fil du temps est essentielle pour comprendre les populations à risque, déterminer les domaines d'intervention et évaluer l'efficacité des politiques et des programmes.



02.

Obésité des adultes

Principaux points

- > En 2021, selon la taille et le poids autodéclarés corrigés, 29,5 % des adultes canadiens avaient un IMC_{AdC} relevant de la catégorie de l'obésité.
- > En outre, 35,5 % avaient un IMC_{AdC} classé dans la catégorie de l'embonpoint.
- > On estime que 3,7 % des adultes avaient un IMC_{AdC} qui les plaçait dans la catégorie de l'obésité de classe III, la catégorie associée à un risque extrêmement élevé pour la santé.
- > Bien qu'il n'y ait pas de différence dans la proportion d'hommes par rapport aux femmes ayant un IMC_{AdC} dans la fourchette de l'obésité, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir un IMC_{AdC} dans la fourchette de l'embonpoint (39,7 % contre 31,3 %).
- > La prévalence la plus faible de l'obésité se trouvait dans les groupes d'âge les plus jeunes (18 à 34 ans) et les plus âgés (80 ans ou plus) : 22,5 % et 21,2 %, respectivement.
- > Chez les femmes, le faible revenu du ménage était associé à une prévalence de l'obésité significativement plus élevée que dans le groupe de revenu du ménage le plus élevé (30,8 % contre 26,6 %). Chez les hommes, aucune différence significative n'a été observée entre les différents revenus des ménages.
- > Pour les deux sexes, la prévalence la plus faible de l'obésité a été observée chez les personnes appartenant au groupe d'éducation le plus élevé (diplômées de l'enseignement post-secondaire) : 28,3 % contre 36,7 % et 35,1 % chez les personnes n'ayant obtenu qu'un diplôme d'études secondaires ou n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires.
- > L'obésité était significativement plus fréquente chez les adultes des zones rurales (33,6 %) que dans les centres urbains (28,6 %).
- > Entre 2000-2001 et 2019-2020, la prévalence de l'obésité chez les adultes, basée sur des données autodéclarées, est passée de 20,6 % à 28,2 %; les augmentations étaient similaires chez les hommes et les femmes.
- > Une tendance significative à la hausse de la prévalence de l'obésité a été observée chez les adultes de tous les groupes d'âge, de tous les quintiles de revenus des ménages et de tous les niveaux de scolarité des ménages.
- > La prévalence de l'obésité de classe III chez les adultes a doublé, entre 2000-2001 et 2019-2020.
- > Les premiers résultats de 2021 montrent une augmentation de la prévalence de l'obésité pendant la pandémie de COVID-19, mais des données supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les tendances.

Rappel : L'IMC_{AdC} fait référence à l'IMC basé sur des valeurs autodéclarées qui ont été ajustées pour corriger les biais.

Boîte 4. Sources de données

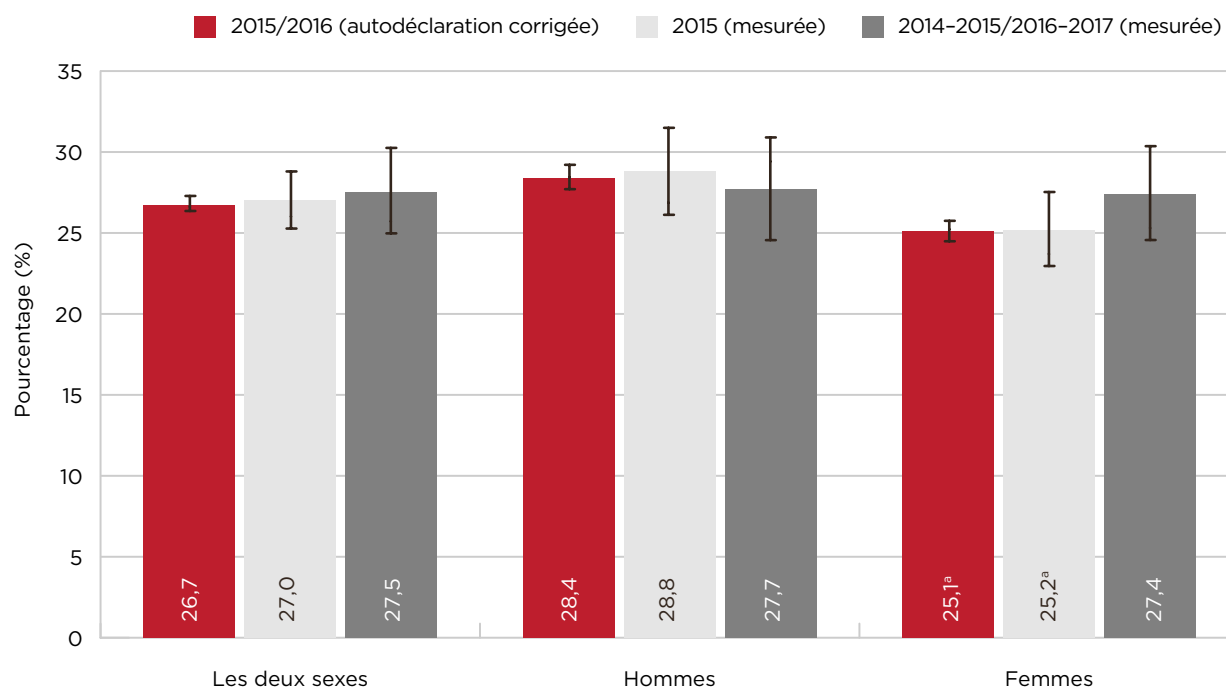
Des estimations récentes de l'IMC des adultes sont publiées dans trois enquêtes nationales :

1. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) recueille des données *autodéclarées* sur la taille et le poids chez les adultes de 18 ans et plus. Le cycle le plus récent et complet, 2021, fournit des estimations pour le Canada, à l'exclusion des territoires. L'ESCC de 2019–2020 fournit les données les plus récentes pour les provinces et les territoires.
2. L'enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) recueille des données *mesurées* sur la taille, le poids et le tour de taille chez les adultes entre 18 et 79 ans. Les cycles les plus récents (4, 5 et 6) ont été réalisés en 2014–2015, 2016–2017 et 2018–2019. Pour ce rapport, les résultats de ces trois cycles (combinés 2014 à 2019) ont été combinés pour présenter des estimations plus stables.
3. L'ESCC – Nutrition, qui a été menée en 2004 et en 2015, comprend les données *mesurées* sur la taille et le poids chez les adultes de 18 ans et plus.

La plupart des estimations de cette section s'appuient sur les données autodéclarées corrigées sur l'IMC de l'ESCC de 2021. Voir l'*annexe B : Équations de correction pour corriger dans l'ESCC l'IMC en fonction de la taille et du poids autodéclarés ou déclarés par les parents*. Les données de l'ESCC de 2019–2020 ont été utilisées pour les analyses des variations provinciales et territoriales.

Bien que les données mesurées de l'IMC soient disponibles dans l'ECMS, les données autodéclarées corrigées provenant des données de l'ESCC sont utilisées à la place afin d'obtenir l'échantillon le plus large, permettant des estimations granulaires détaillées. La mesure dans laquelle les estimations autodéclarées corrigées s'alignent sur les estimations fondées sur les mesures physiques est indiquée dans la *figure 2.1*, qui présente les estimations de la prévalence de l'obésité chez les adultes âgés de 18 à 79 ans qui proviennent de trois enquêtes ayant des périodes comparables : l'ESCC combinée de 2015–2016, l'ESCC – Nutrition de 2015 et l'ECMS de 2014–2015/2016–2017. Les estimations de l'ESCC de 2015–2016 ont été corrigées (IMC_{AdC}) pour rectifier le biais de l'IMC dérivé des données autodéclarées. Pour les hommes et les femmes, les estimations des trois enquêtes sont similaires.

Figure 2.1 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée et mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016 (fichier de partage), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2015 (fichier de partage), Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2014-2015/2016-2017 (cycles 4 et 5).

Tests de signification effectués.

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint chez les adultes

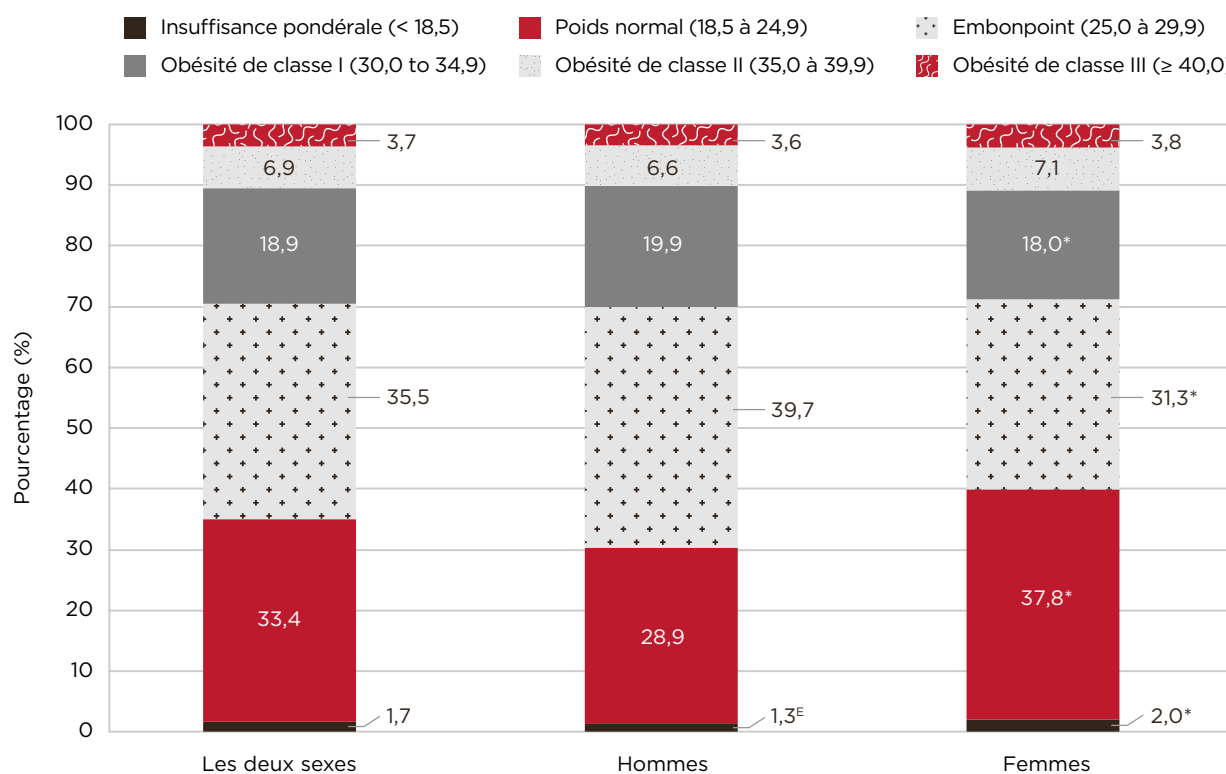
En 2021, 29,5 % des adultes canadiens avaient un IMC_{AdC} qui les plaçait dans la catégorie de l'obésité (voir le [tableau A2.2](#) de l'[annexe C](#)). On estime que 18,9 % d'entre eux avaient un IMC_{AdC} les inscrivant dans la catégorie de l'obésité de classe I (risque élevé), 6,9 %, dans la classe II (risque très élevé) et 3,7 %, dans la classe III (risque extrêmement élevé) (voir [figure 2.2](#)). Voir la [boîte 1. Classification de l'IMC pour les adultes](#) dans la section 1 pour plus de détails sur les catégories.

Âge et sexe

En 2021, pour les deux sexes, 65,0 % avaient un IMC_{AdC} classé dans la catégorie de l'embonpoint et de l'obésité, tandis que 29,5 % étaient classés dans la catégorie obésité et 35,5 % dans la catégorie de l'embonpoint. La comparaison entre les hommes et les femmes montre qu'il y a

beaucoup plus d'hommes que de femmes dans la catégorie de l'embonpoint et de l'obésité : 69,8 % contre 60,1 % (voir le [tableau A2.2](#) de l'[annexe C](#)). Pour l'IMC_{AdC} dans le domaine de l'obésité, il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes. Cependant, plus d'hommes que de femmes se trouvaient dans la catégorie des personnes avec un embonpoint : 39,7 % contre 31,3 %. Une autre différence significative observée entre les hommes et les femmes concerne la classe d'obésité I, dans laquelle figurent davantage d'hommes que de femmes (19,9 % contre 18,0 %) (voir la [figure 2.2](#)).

Figure 2.2 : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans ou plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) auto-déclaré corrigé, Canada à l'exception des territoires, 2021



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent des hommes ($p < 0,05$)

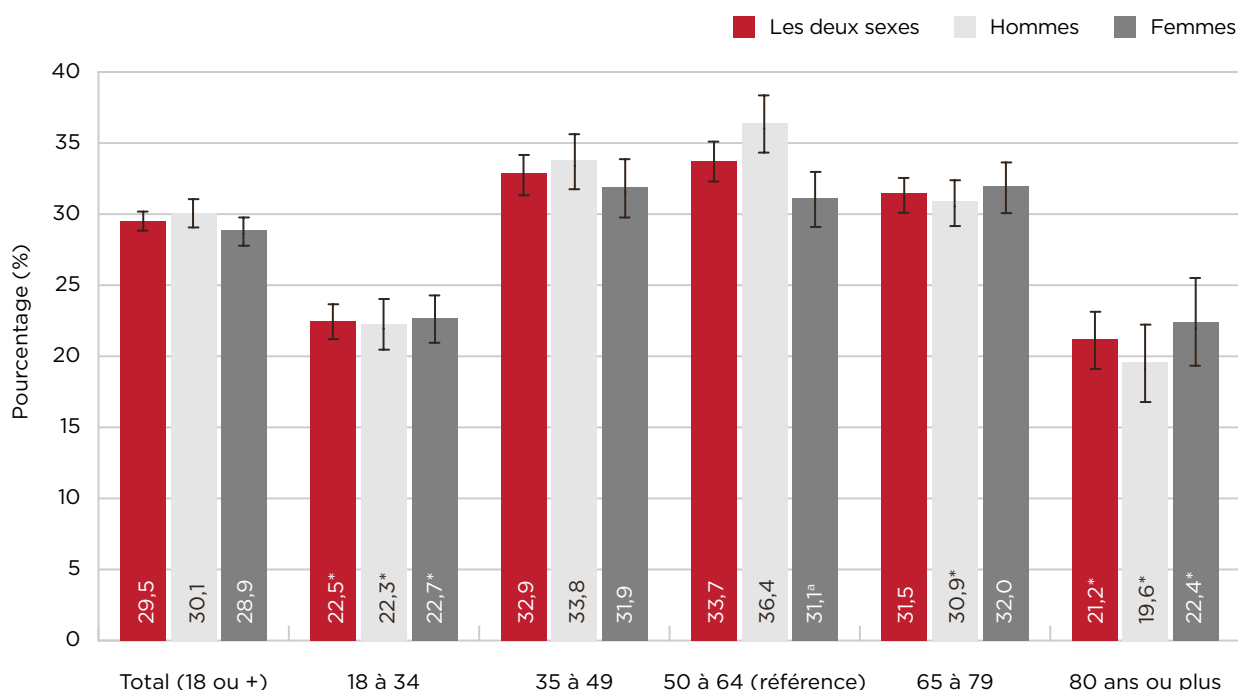
^E Coefficient de variation entre 15,0 % et 35,0 %; interpréter avec prudence

NOTES : Les pourcentages sont fondés sur les enregistrements ayant une valeur valide pour l'IMC. Sont exclues du dénombrement de la population totale les femmes enceintes ($n=284$, population estimée à 278 200) et les personnes pour lesquelles il manque une valeur pour l'IMC ($n=828$ pour les hommes, population estimée à 613 900; $n=1,138$ pour les femmes, population estimée à 812 900)

Globalement, la prévalence de l'obésité autodéclarée ajustée s'avère significativement plus faible chez les personnes âgées de 18 à 34 ans (22,5 %) et de 80 ans ou plus (21,2 %) (voir la [figure 2.3](#)). Le même constat peut être fait si l'on considère les hommes et les femmes séparément. Chez les hommes, la prévalence de l'obésité était plus faible au sein du groupe d'âge 65-79 ans qu'au sein du groupe d'âge 50-64 ans (30,9 % contre 36,4 %). Chez les femmes, ces groupes d'âge présentaient une prévalence de l'obésité similaire. Chez les hommes, la prévalence de l'obésité était significativement plus élevée que chez les femmes âgées de 50 à 64 ans : 36,4 % contre 31,1 %. Pour plus d'informations, voir le [tableau A2.3](#) de l'[annexe C](#).

La faible prévalence de l'obésité chez les personnes âgées (21,2 %) doit être interprétée avec prudence (56,57). En vieillissant, les gens ont tendance à perdre de la masse musculaire, qui est souvent remplacée par de la graisse. De plus, même si l'IMC d'une personne ne change pas, l'augmentation de la masse grasse peut accroître le risque pour sa santé.

Figure 2.3 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

Tour de taille

D'après les données de l'ECMS de 2014 à 2019, 41,9 % des adultes âgés de 18 à 79 ans avaient un tour de taille dans la fourchette à haut risque (voir le [tableau 2a](#)). En outre, 21,9 % d'entre eux se trouvaient dans la catégorie de risque accru. Dans l'ensemble, 63,8 % des adultes avaient un tour de taille associé à un risque pour la santé. Dans toutes les catégories d'âge, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à présenter un tour de taille à risque pour la santé : 29,5 % contre 21,9 % pour les 18-34 ans; 50,1 % contre 31,6 % pour les 35-49 ans; 61,3 % contre 39,5 % pour les 50-64 ans; et 66,5 % contre 50,3 % pour les 65-79 ans.

Les mesures de l'obésité abdominale peuvent être utiles pour évaluer les risques pour la santé à un âge plus avancé (19,28,47). Les données sur le tour de taille de l'ECMS montrent que la prévalence des mesures de tour de taille associées à un haut risque augmente avec l'âge. Le pourcentage d'hommes ayant un tour de taille associé à un risque élevé est passé de 21,9 % entre 18 et 34 ans à 50,3 % de 65 à 79 ans (le groupe d'âge le plus élevé de l'ECMS); chez les femmes, les pourcentages étaient plus élevés, passant de 29,5 % de 18 à 34 ans à 66,5 % de 65 à 79 ans (voir le [tableau 2a](#)).

Tableau 2a : Prévalence du risque pour la santé lié au tour de taille, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires, 2014 à 2019

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		Intervalle de confiance à 95 %	%		Intervalle de confiance à 95 %	%		Intervalle de confiance à 95 %
Total (de 18 à 79 ans)									
TT à faible risque	36,2		(33,4-39,0)	42,6		(39,9-45,2)	29,8	*	(25,6-34,0)
TT à risque accru	21,9		(20,3-23,5)	23,6		(21,2-26,1)	20,1	*	(17,8-22,3)
TT à risque élevé	41,9		(38,5-45,3)	33,8		(30,5-37,1)	50,1	*	(45,8-54,5)
De 18 à 34 ans									
TT à faible risque	56,7	^a	(52,1-61,2)	62,4	^a	(56,8-67,9)	50,6	^{a*}	(42,4-58,9)
TT à risque accru	17,7	^a	(14,7-20,7)	15,7	^a	(12,5-19,0)	19,8		(14,4-25,3)
TT à risque élevé	25,6	^a	(22,1-29,1)	21,9	^a	(17,4-26,5)	29,5	^{a*}	(23,6-35,5)
De 35 à 49 ans (référence)									
TT à faible risque	36,2		(31,0-41,4)	42,7		(36,8-48,7)	29,7*	*	(23,1-36,2)
TT à risque accru	22,9		(20,3-25,5)	25,7		(21,4-29,9)	20,2		(16,7-23,6)
TT à risque élevé	40,9		(35,5-46,2)	31,6		(25,3-37,9)	50,1*	*	(43,9-56,4)

suite du **Tableau 2a** à la page suivante

suite du **Tableau 2a**

De 50 à 64 ans									
TT à faible risque	24,5	^a	(21,4–27,7)	31,2	^a	(26,5–35,9)	17,8	^{a*}	(14,2–21,3)
TT à risque accru	25,2		(22,3–28,0)	29,4		(24,6–34,1)	21,0	*	(16,4–25,5)
TT à risque élevé	50,3	^a	(46,3–54,4)	39,5	^a	(33,6–45,3)	61,3	^{a*}	(56,7–65,8)
De 65 à 79 ans									
TT à faible risque	19,8 ^a	^a	(16,5–23,2)	25,1	^a	(20,3–30,0)	14,8	^{a*}	(10,5–19,1)
TT à risque accru	21,6		(18,7–24,6)	24,6		(20,4–28,8)	18,8	*	(15,6–21,9)
TT à risque élevé	58,5 ^a	^a	(54,0–63,1)	50,3	^a	(44,9–55,7)	66,5	^{a*}	(61,4–71,5)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2014–2015, 2016–2017 et 2018–2019 (cycles 4, 5 et 6).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

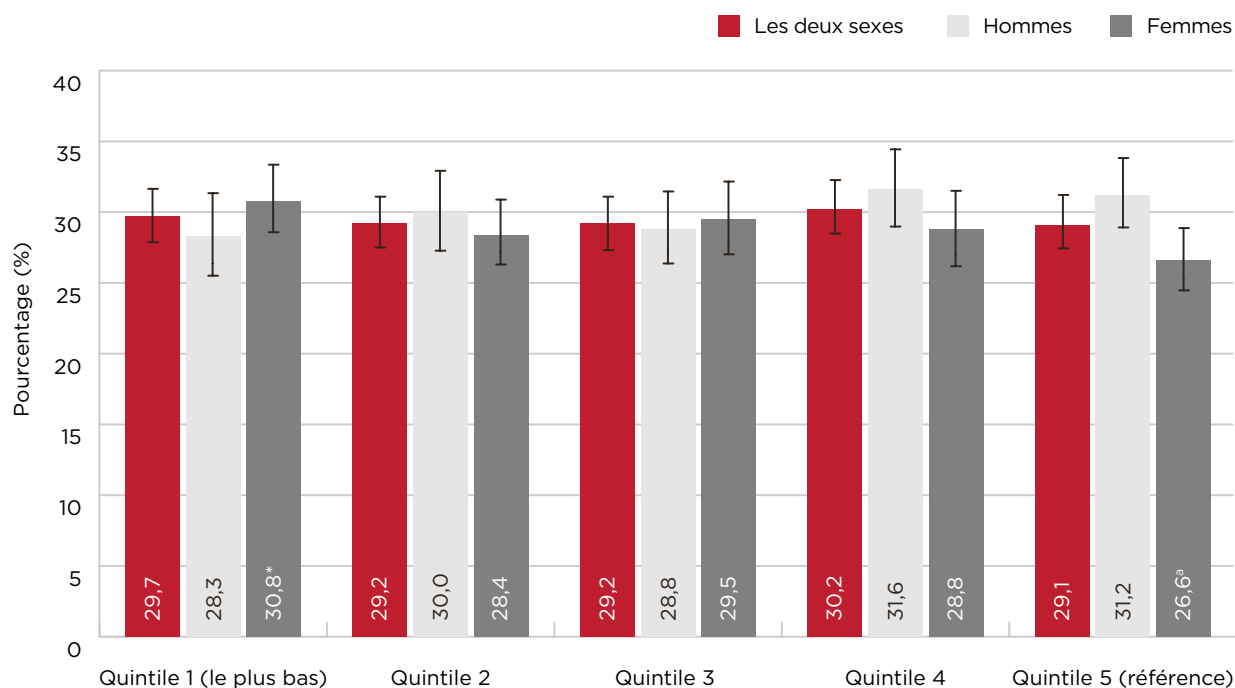
^a Significativement différent de la référence (de 35 à 49 ans, $p < 0,05$).

NOTE : TT = Tour de taille

Revenu et scolarité des ménages

Les associations entre le revenu du ménage et l'obésité étaient différentes pour les hommes et les femmes (voir la [figure 2.4](#)). Les femmes des quintiles de revenus les plus bas avaient la prévalence la plus élevée de l'obésité (30,8 %), ce qui était significativement plus élevé que les femmes du quintile de revenus le plus élevé (26,6 %). La prévalence varie relativement peu parmi les femmes des quintiles 2 à 4 (de 28,4 % à 29,5 %). En revanche, les hommes du quintile de revenu le plus élevé ont une prévalence de l'obésité significativement plus élevée que les femmes du même quintile (31,2 % contre 26,6 %). Chez les hommes, aucune différence dans la distribution de l'IMC_{AdC} n'est apparue entre les quintiles de revenus. Pour plus d'informations sur les intervalles de confiance (IC), voir le [tableau A2.4](#) de l'[annexe C](#).

Figure 2.4 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

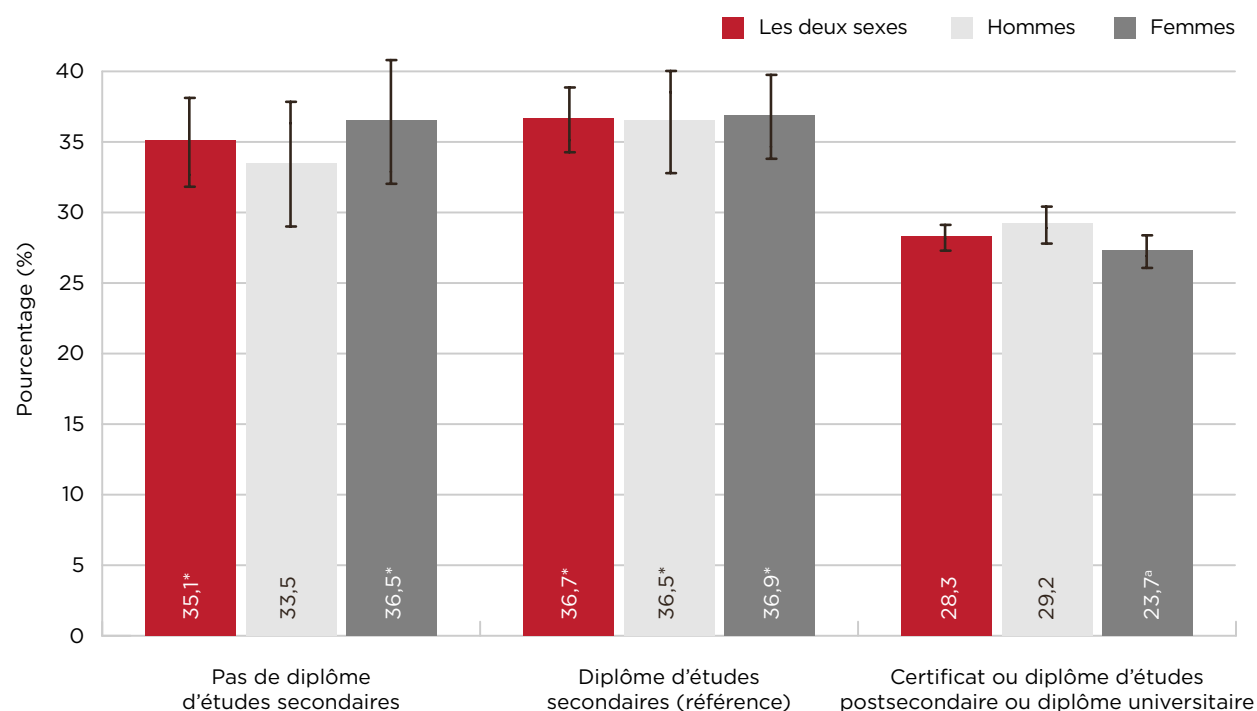
Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$)

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$)

Pour les deux sexes, la prévalence la plus faible de l'obésité a été observée chez les personnes appartenant au groupe d'éducation le plus élevé (diplômées de l'enseignement post-secondaire) : 28,3 % contre 36,7 % (diplôme d'études secondaires uniquement) et 35,1 % (diplôme d'études secondaires non obtenu). Voir le [tableau A2.5](#) de l'[annexe C](#) ou la [figure 2.5](#) ci-dessous. Parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à être classés dans la catégorie de l'obésité : 29,2 % contre 27,3 %.

Figure 2.5 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$)

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$)

Boîte 5. La surveillance internationale

La surveillance internationale a révélé une association négative entre le statut socioéconomique (SSE) et l'IMC dans les pays à revenu élevé, mais une association positive dans les pays à faible revenu. C'est ce qu'on appelle « l'hypothèse de l'inversion », pour laquelle plusieurs explications ont été proposées. Dans les pays riches, la prévalence plus élevée de l'obésité chez les personnes ayant un faible SSE peut être due au manque de moyens financiers pour acheter des aliments sains. Dans les pays plus pauvres, la prévalence plus faible de l'obésité chez les personnes ayant un faible SSE peut refléter un accès limité à des aliments, *quels qu'ils soient* (58). De même, dans les pays à revenu élevé, les valeurs culturelles qui incitent les personnes à vouloir être minces peuvent motiver les personnes dont le SSE est élevé à éviter la prise de poids. En revanche, dans les pays à revenu relativement faible, l'excès de poids peut être un symbole du statut social (58).

Variations régionales

En 2019–2020, la prévalence de l'obésité chez les adultes variait selon les provinces et les territoires, allant de 23,2 % en Colombie-Britannique à 40,4 % à Terre-Neuve-et-Labrador (voir le [tableau 2b](#)). Les estimations de la prévalence provinciale de l'obésité étaient similaires lorsque les différences dans la répartition par âge entre les provinces étaient prises en compte (voir le [tableau A2b](#) de l'[annexe C](#)).

Tableau 2b : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la province ou le territoire, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2019–2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Total (18 ou +)	28,2		(27,7–28,7)	28,7		(28,0–29,5)	27,7	^a	(26,9–28,4)
Province									
Terre-Neuve-et-Labrador	40,4	*	(37,4–43,4)	41,2	*	(37,0–45,4)	39,5	*	(35,6–43,4)
Île-du-Prince-Édouard	36,2	*	(32,4–40,1)	34,6		(28,9–40,2)	37,9	*	(33,0–42,9)
Nouvelle-Écosse	34,8	*	(32,2–37,4)	35,2	*	(31,0–39,4)	34,5	*	(31,4–37,5)
Nouveau-Brunswick	37,3	*	(34,7–39,9)	34,4		(30,5–38,4)	40,2	* ^a	(36,6–43,7)
Québec	26,2	*	(25,1–27,4)	26,9		(25,3–28,4)	25,6	*	(24,1–27,1)
Ontario	28,3		(27,3–29,2)	28,4		(27,0–29,8)	28,1		(26,9–29,4)
Manitoba	32,7	*	(30,5–34,9)	32,0		(28,7–35,2)	33,5	*	(30,5–36,4)
Saskatchewan	35,6	*	(33,2–37,9)	37,0	*	(33,5–40,5)	34,0	*	(30,7–37,4)
Alberta	29,7		(28,2–31,2)	31,5		(29,3–33,8)	27,8	^a	(25,8–29,9)
Colombie-Britannique	23,2	*	(21,8–24,6)	24,4	*	(22,4–26,5)	22,0	*	(20,1–23,8)
Yukon	33,3		(27,8–38,9)	32,6		(24,0–41,3)	34,0		(26,3–41,8)
Territoires du Nord-Ouest	36,7		(30,4–43,0)	34,7		(27,3–42,0)	39,0		(29,7–48,2)
Nunavut	33,2		(24,5–41,8)	23,0	^E	(11,3–34,8)	46,6	^{E a}	(31,1–62,1)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019–2020 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

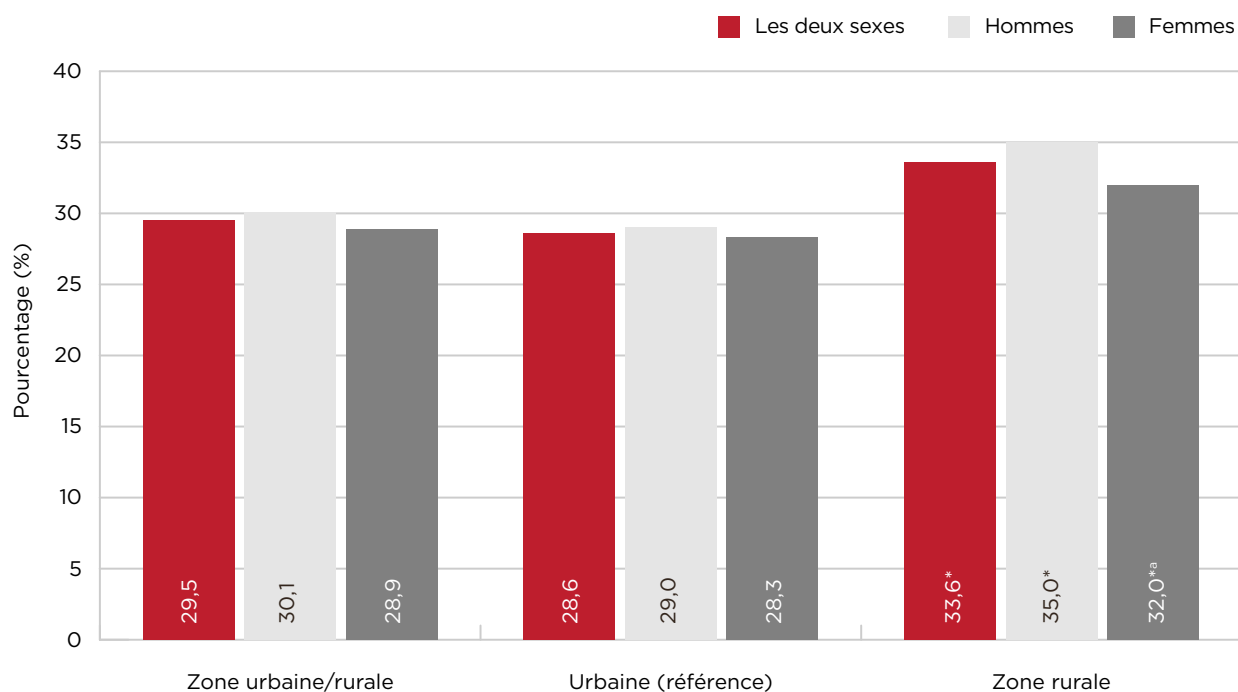
* Significativement différent du total global ($p < 0,05$, ajusté pour des comparaisons multiples)

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$)

^E Coefficient de variation entre 15,0 % et 35,0 %; interpréter avec prudence

En 2021, l'obésité était plus fréquente chez les adultes des zones rurales (33,6 %) que dans les centres urbains (28,6 %). Pour les deux sexes, l'observation est la même : 35,0 % contre 29,0 % chez les hommes et 32,0 % contre 28,3 % chez les femmes (Voir le *tableau A2.6* de l'*annexe C* ou la *figure 2.6* ci-dessous). En outre, dans les zones rurales, la prévalence de l'obésité autodéclarée s'avère nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Figure 2.6 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la zone urbaine ou rurale, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

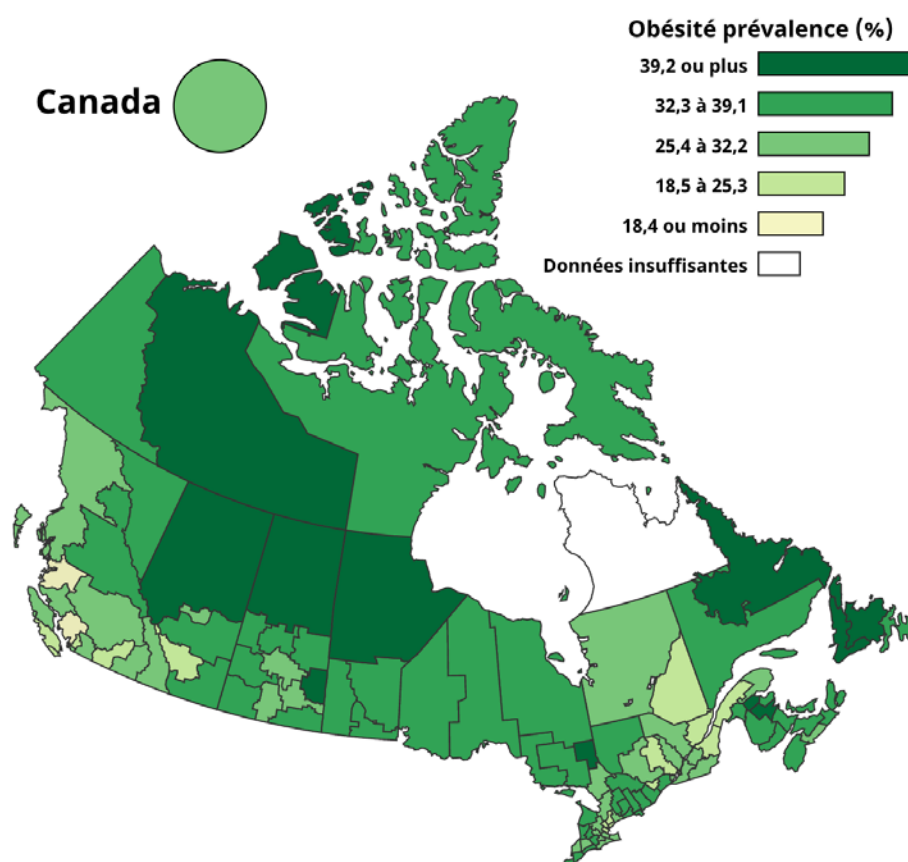
Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

L'Atlas canadien des facteurs de risque (ACFR) examine la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint de l'ensemble des provinces, territoires, régions sanitaires, régions métropolitaines de recensement et grandes agglomérations de recensement du Canada. Pour pouvoir présenter des informations à différents niveaux géographiques, y compris des répartitions par âges, sexes, revenus et éducations, les données de quatre cycles de l'ESCC (2015 à 2018) ont été combinées (59). La *figure 2.7* montre la répartition de l'obésité par régions sociosanitaires chez les adultes, à partir des données de l'outil ACFR. Pour plus d'informations, voir le *tableau A2.7* de l'*annexe C*.

Figure 2.7 : Prévalence (%) de l'obésité (IMC autodéclaré et ajusté), taux bruts, parmi les Canadiens adultes de 18 ans ou plus, par régions sociosanitaires, des deux sexes, 2015–2018



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015–2018.

NOTES : Prévalence (%) de l'obésité (IMC autodéclaré et ajusté), taux bruts, parmi les Canadiens adultes de 18 ans et plus, par régions sociosanitaires, des deux sexes, 2015–2018. Données d'Atlas des facteurs de risque au Canada (2015–2018).

Autochtones

L'ESCC ne recueille pas de données sur les Premières Nations vivant dans les réserves et sur les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat. Bien qu'elle fournisse des informations sur les Premières Nations se déclarant comme vivant hors réserve, sur les Inuits vivant hors de l'Inuit Nunangat et sur les Métis, on sait que ces données comportent des limites. Le [tableau A2.16](#) à l'[annexe C](#) présente les données disponibles de l'ESCC sur les populations autochtones. Toutefois, il est reconnu que les estimations fournies ne donnent pas une image complète et ne répondent pas aux besoins plus larges des populations autochtones, principalement la réduction des écarts de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones, conformément au rapport sur les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (60). Ce rapport reconnaît les lacunes dans les données relatives à l'obésité chez les peuples autochtones, ainsi que le manque de données sur les facteurs de risque notamment ceux liés à la socioéconomie et les effets de la colonisation.

Des informations supplémentaires sur la prévalence de l'obésité chez les peuples autochtones se trouvent dans *Les principales inégalités en santé au Canada – Un portrait national – 2018* (61). Ce rapport a cherché à estimer l'ampleur de l'inégalité entre les peuples autochtones et la population non autochtone en utilisant des données provenant 1) de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2008–2010 pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et 2) de l'ESCC 2010–2014 pour la population non autochtone et pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits vivant en dehors de l'Inuit Nunangat et les peuples Métis. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières nations a fourni l'analyse et les données sur les inégalités en matière de santé en ce qui concerne les Premières Nations vivant dans les réserves (61). De nouvelles données sur l'obésité mesurée chez les populations autochtones âgées de 18 à 79 ans sont disponibles dans l'outil de données sur les inégalités en santé (62), qui combine les cycles récents de l'ECMS (2014 à 2019).

Autres déterminants sociaux de la santé

L'outil de données sur les inégalités de santé (62) présente des données sur plus de 100 indicateurs, dont l'obésité, segmentées par étapes du parcours de vie et par caractéristiques sociales et économiques. Ces déterminants socioéconomiques comprennent, sans s'y limiter, l'orientation sexuelle, l'origine culturelle/raciale, le statut d'emploi, la profession, etc. Pour les adultes, l'obésité autodéclarée et l'obésité mesurée sont présentées en combinant les cycles de l'ESCC (2015 à 2018) et de l'ECMS (2016 à 2019), respectivement. L'outil de données sur les inégalités en santé fournit également des rapports de taux, pour montrer la force de l'association, et des différences de taux, pour montrer l'excès de risque entre les groupes.

Tendances au fil du temps

Selon un rapport de 2016, le NCD Risk Factor Collaboration, de 1975 à 2014, la prévalence mondiale de l'obésité chez les adultes, standardisée pour l'âge, est passée de 3,2 % à 10,8 % chez les hommes et de 6,4 % à 14,9 % chez les femmes (17,63). Comparativement aux autres pays de l'OCDE, la prévalence de l'obésité au Canada est élevée, mais le taux de croissance du Canada figure parmi les plus faibles des pays de l'OCDE (64).

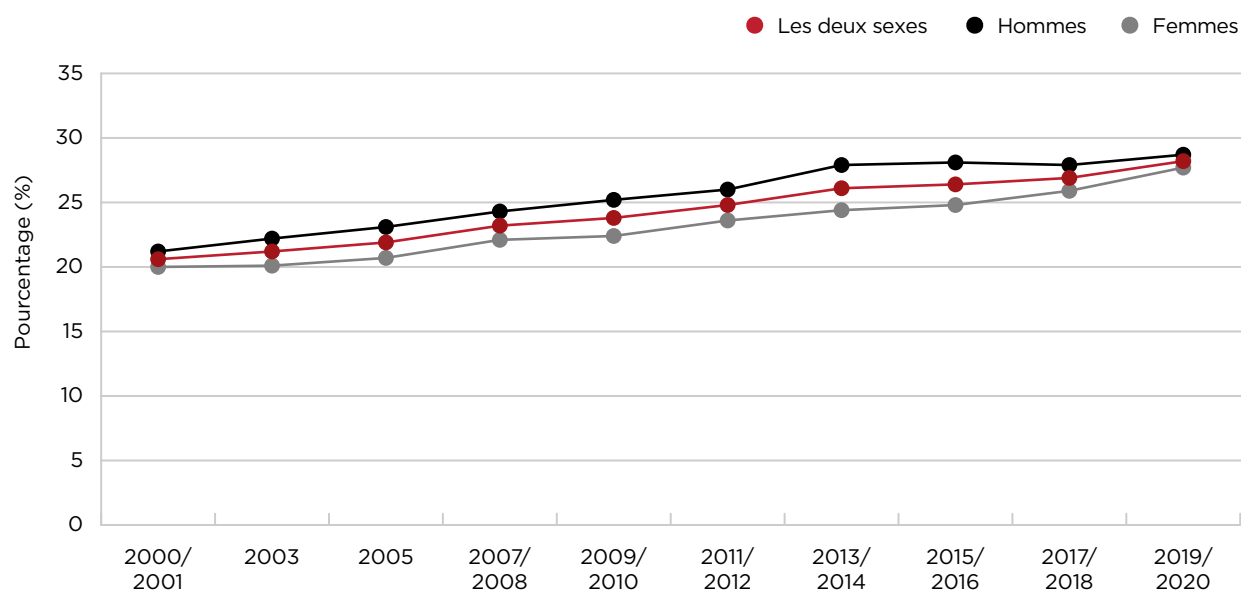
Pour la première fois depuis 1978-1979, l'ESCC – Nutrition de 2004 a fourni des estimations représentatives de l'IMC à l'échelle nationale en utilisant des données mesurées sur la taille et le poids. Sur la base de ces données, un pourcentage significativement plus élevé d'adultes a été classé dans la catégorie de l'obésité en 2004 (23,1 %) qu'en 1978-1979 (14 %) (65).

Tendances depuis 2000

En fonction des données autodéclarées sur la taille et le poids

Les données de 2021-2022 n'étant pas disponibles au moment de la publication, l'estimation de la tendance s'étend de 2000-2001 à 2019-2020. Les données autodéclarées ajustées des enquêtes de l'ESCC montrent qu'entre 2000-2001 et 2019-2020, la prévalence de l'obésité chez les adultes a augmenté de façon constante, passant de 20,6 % à 28,2 % (voir la *figure 2.8*). Pour plus de détails, voir le *tableau A2.8a* de l'*annexe C*. Les augmentations étaient similaires chez les hommes et les femmes : de 21,2 % à 28,7 % et de 20,0 % à 27,7 %, respectivement. Pour les deux sexes, une tendance significative à la hausse a été observée pour tous les groupes d'âge (voir la *figure 2.9*), les quintiles de revenus des ménages (voir *figure 2.10*) et les niveaux d'éducation des ménages (voir la *figure 2.11*). Les tableaux correspondants (*tableaux A2.9, A2.10 et A2.11*) se trouvent à l'*annexe C*. Les Canadiens âgés de 35 à 49 ans affichent la plus forte augmentation de la prévalence de l'obésité avec une hausse de 9,4 % : de 21,6 % en 2000-2001 à 31,0 % en 2019-2020. En ce qui concerne les quintiles de revenus des ménages, l'augmentation la plus importante de la prévalence de l'obésité autodéclarée est observée dans le quintile de revenus le plus élevé (de 19,8 % en 2000-2001 à 27,7 % en 2019-2020). En ce qui concerne le niveau d'éducation des ménages, la prévalence de l'obésité a augmenté de 11 % entre 2000 et 2020 (21,3 % en 2000-2001 contre 32,3 % en 2019-2020) pour les ménages dont le niveau d'éducation le plus élevé était le diplôme de l'enseignement secondaire.

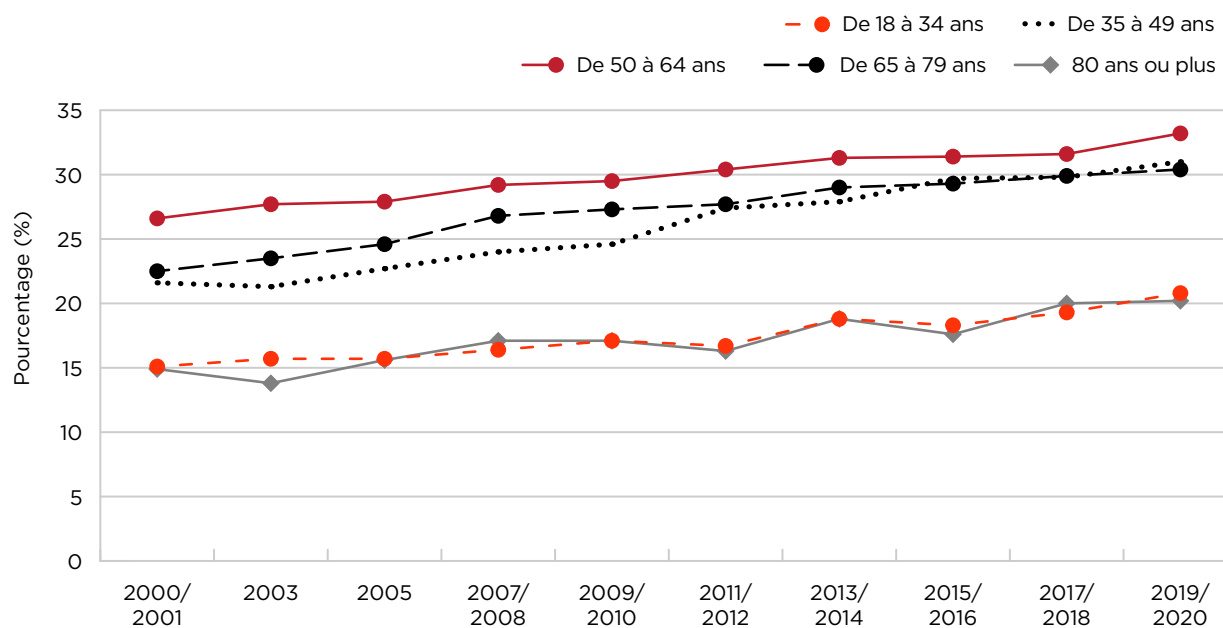
Figure 2.8 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

NOTE : Étiquettes de signification incluses dans le [tableau A2.8a](#).

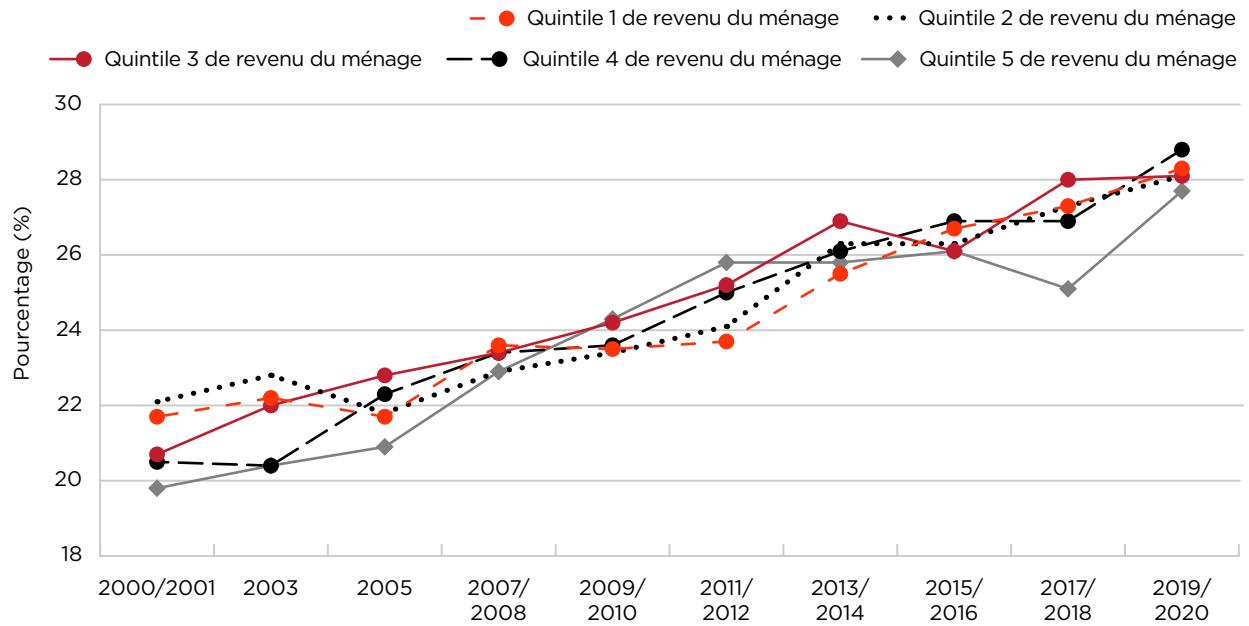
Figure 2.9 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

NOTE : Étiquettes de signification incluses dans le [tableau A2.9](#).

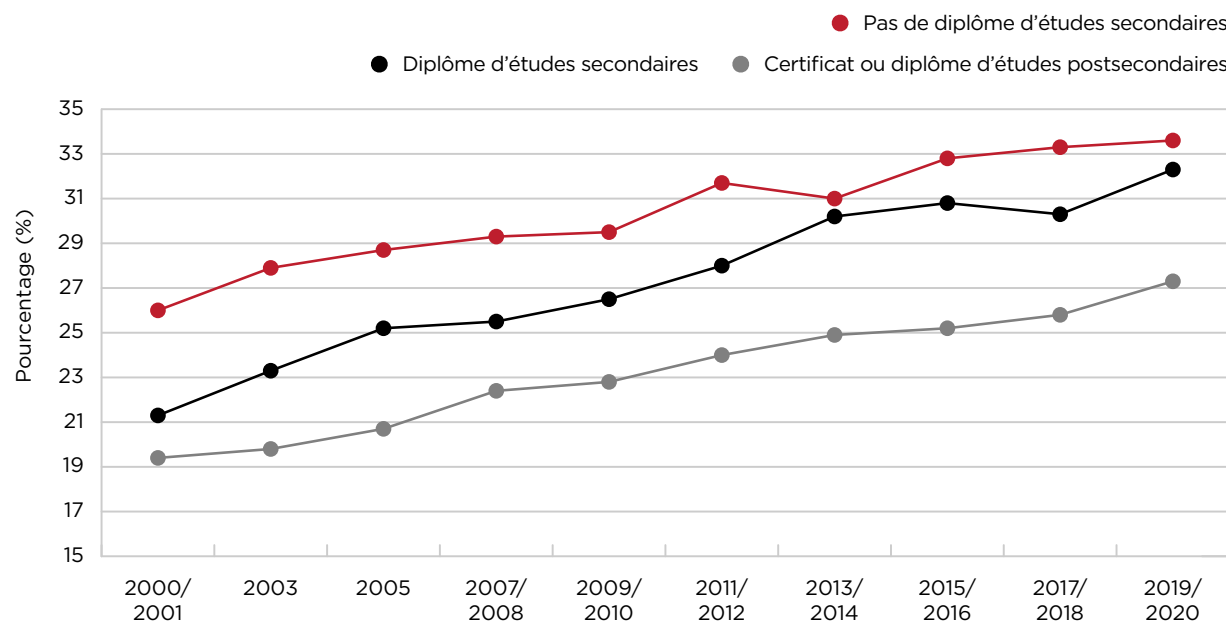
Figure 2.10 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

NOTE : Étiquettes de signification incluses dans le [tableau A2.10](#).

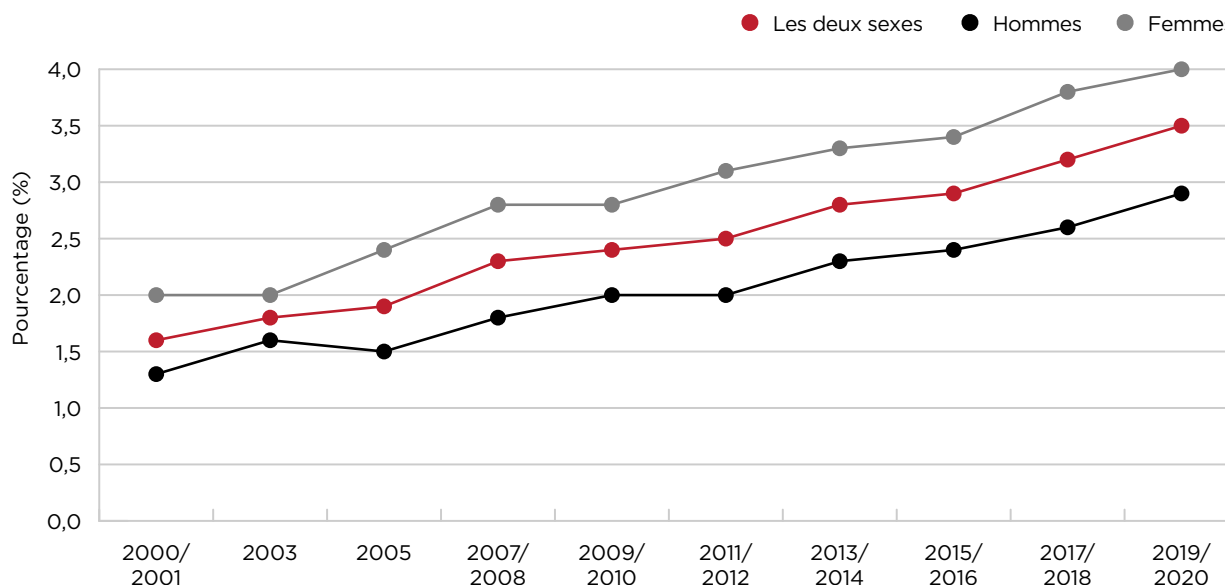
Figure 2.11 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

NOTE : Étiquettes de signification incluses dans le [tableau A2.11](#).

Figure 2.12 : Prévalence de l'obésité de classe III auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

NOTE : Étiquettes de signification incluses dans le [tableau A2.12a](#).

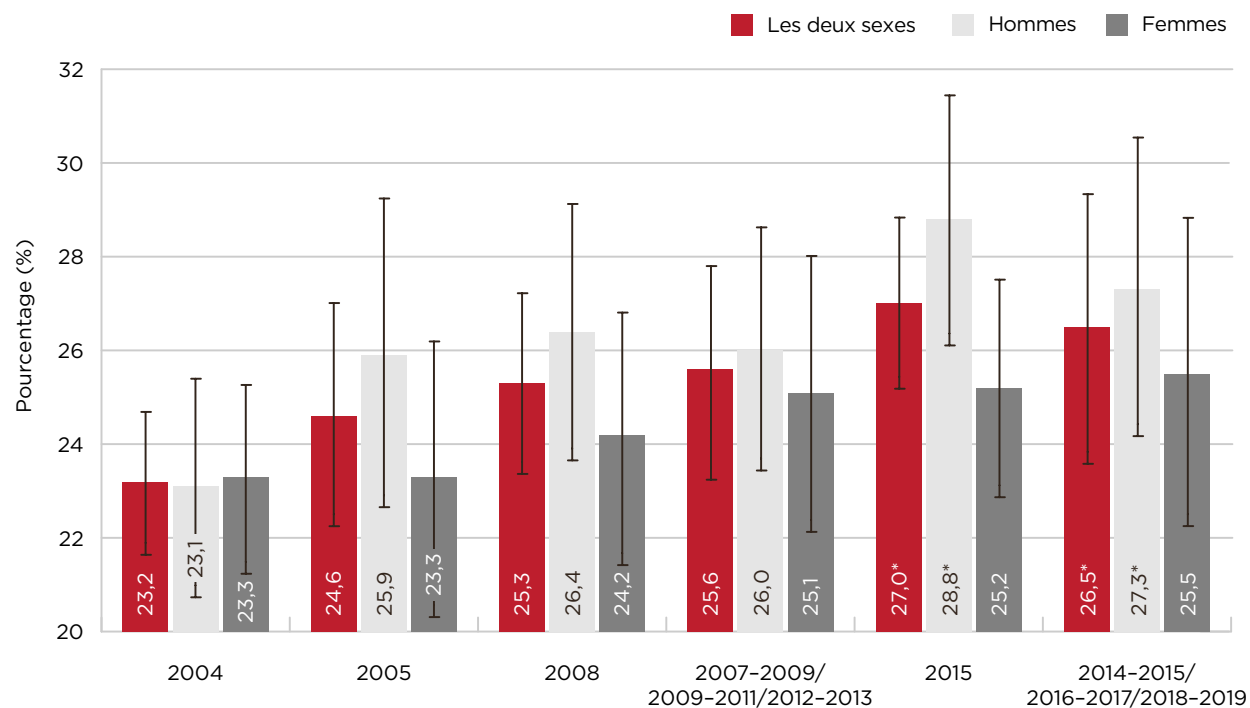
En outre, le pourcentage d'adultes classés dans la classe d'obésité III a doublé au cours de cette période (voir [figure 2.12](#), pour plus d'informations, voir le [tableau A2.12a](#) de l'[annexe C](#)), passant de 1,3 % (en 2000-2001) à 2,9 % (en 2019-2020) pour les hommes, et de 2,0 % à 4,0 % pour les femmes. Les estimations de la prévalence de l'obésité et de la classe d'obésité III, normalisées selon l'âge, étaient similaires aux taux bruts (voir les [tableaux A2.8b](#) et [A2.12b](#) de l'[annexe C](#)).

En fonction de mesures physiques

Les tendances de l'obésité fondées sur les mesures physiques proviennent des enquêtes suivantes : l'ESCC – Nutrition (2004 et 2015); l'ECMS et les ESCC de 2005 et de 2008 ([Section 4 : Sources de données et méthodes](#)).

Chez les hommes âgés de 18 à 79 ans, la prévalence de l'obésité mesurée varie selon la source de données : 23,1 % dans l'ESCC – Nutrition de 2004, 28,8 % dans l'ESCC – Nutrition de 2015 et 27,3 % dans l'ECMS combinée 2014 à 2019 (voir la [figure 2.13](#)). Chez les femmes, les estimations n'étaient pas différentes sur le plan statistique. Pour tous les détails, voir le [tableau A2.13a](#) de l'[annexe C](#).

Figure 2.13 : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6).

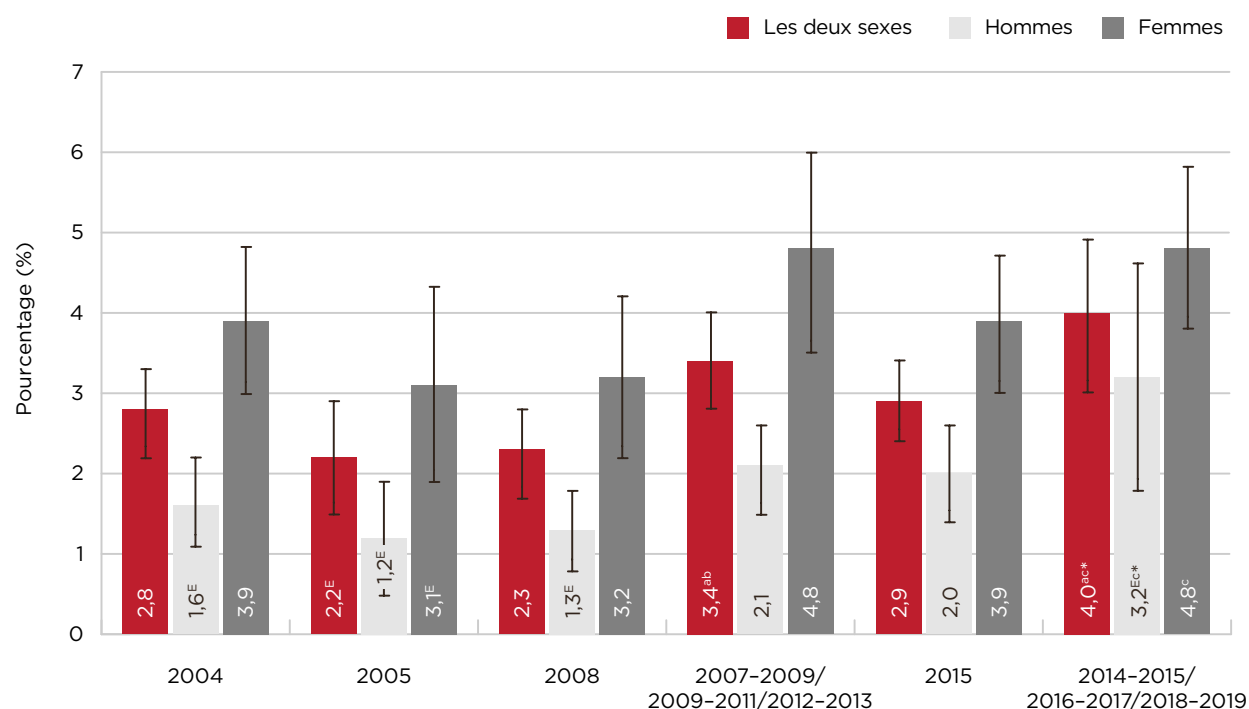
Tests de signification effectués.

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

Pour la classe d'obésité III, l'estimation de l'ECMS combinée 2014 à 2019 pour les hommes (3,2 %) n'est pas significativement différente des estimations de l'ESCC – Nutrition de 2015 (2,0 %), et marginalement différente de l'ESCC de 2008 (1,3 %) (voir la [figure 2.14](#)). Chez les femmes, la prévalence de l'obésité de classe III était similaire sur les différentes périodes de 2004 à 2019. Pour tous les détails, voir le [tableau A2.14a](#) à l'[annexe C](#).

Les estimations de la prévalence de l'obésité et de la classe d'obésité III, normalisées selon l'âge, étaient similaires aux taux bruts lorsqu'elles ont été examinées (voir les [tableaux A2.13b](#) et [A2.14b](#) de l'[annexe C](#)).

Figure 2.14 : Prévalence de l'obésité de classe III mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6).

Tests de signification effectués.

^a Significativement différent de la période 1 ($p < 0,05$)

^b Significativement différent de la période 2 ($p < 0,05$)

^c Significativement différent de la période 3 ($p < 0,05$)

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

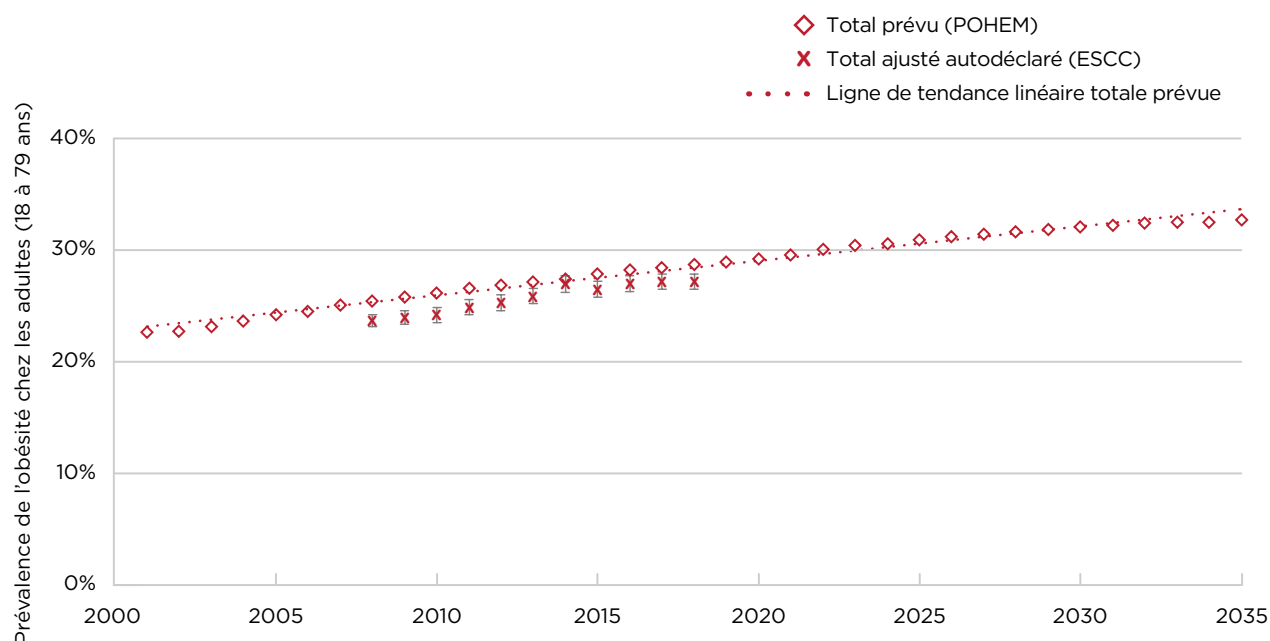
^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Projections

Prévoir la trajectoire de la prévalence de l'obésité peut aider à planifier et à évaluer les stratégies de santé publique. Le modèle de microsimulation de la population et de la santé (POHEM) de Statistique Canada utilise des sources de données multiples pour simuler l'état de santé de la population au fil du temps, en combinant les résultats des simulations de parcours de vie individuels pour un grand échantillon (66). Voir [Section 4 : Sources de données et méthodes](#) pour plus d'informations sur le POHEM. Le modèle, créé pour prédire la prévalence de l'obésité, tient compte de facteurs interconnectés tels que les données sociodémographiques et les

comportements en matière de santé (tabagisme, niveaux d'activité physique, maladies chroniques) qui peuvent être associés au poids corporel (67). Le POHEM a simulé la prévalence annuelle de l'obésité chez les adultes âgés de 18 à 79 ans, par sexes, sur deux périodes : 2001 à 2018, qui a été comparée rétrospectivement aux estimations observées, et 2018 à 2035, qui a été utilisée pour projeter les tendances futures (voir la *figure 2.15*).

Figure 2.15 : Prévalence de l'obésité mesurée basé sur les prévisions de POHEM et les données d'enquête, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada, 2001-2035



SOURCES DE DONNÉES : Prévalence prévue à l'aide du POHEM pour 2001 jusqu'à 2035; 2008 à 2018 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (fichiers partage).

NOTE : Les projections de l'IMC par le modèle POHEM tiennent compte de l'âge, de l'activité physique et du tabagisme. Le modèle ne prend pas en compte la qualité de l'alimentation ni les impacts potentiels de la pandémie de COVID-19.

Les résultats du POHEM ont montré qu'au cours de la période de 2001 à 2018, la prévalence de l'obésité dans la population adulte totale est passée de 22,7 % à 28,7 %, soit un taux annuel moyen de 1,5 %. Ces chiffres simulés correspondaient relativement bien à ceux dérivés des données de l'enquête (voir *tableau A2.8a*).

La série chronologique prévue pour 2018 à 2035 montre une nouvelle augmentation de la prévalence de l'obésité chez les adultes, mais à un rythme annuel beaucoup plus lent : 0,8 % au lieu de 1,5 %. Les prévisions du POHEM ne tiennent pas compte de tous les facteurs

associés à l'IMC, l'alimentation étant une exclusion notable (68), ni des impacts potentiels de la pandémie de COVID-19. Il s'agit de limitations importantes du modèle étant donné l'influence significative de l'alimentation sur le poids corporel et les indications que la pandémie pourrait avoir eu des effets durables sur les comportements et d'autres facteurs liés au poids corporel.

L'obésité et la pandémie de COVID-19

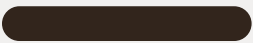
Le 11 mars 2020, la pandémie de COVID-19 a été déclarée. Au départ, on ne savait pas grand-chose sur ce virus, mais au cours des dernières années, la recherche a permis de dresser un tableau de l'association entre la COVID-19 et l'obésité.

Avant tout, la recherche a démontré que l'obésité est associée à une sévérité accrue de la COVID-19 (69-72). Chez les personnes souffrant d'obésité, le risque de la COVID-19 et la gravité des symptômes sont accrus (70). L'obésité a été associée à une altération de la fonction immunitaire et à une diminution de la capacité et de la réserve pulmonaires, entraînant des difficultés respiratoires et une augmentation des effets de la COVID-19 observée chez les personnes souffrant d'obésité (71,72). Une revue a fait la distinction entre l'embonpoint et l'obésité : le premier augmente le risque d'hospitalisations liées à la COVID-19, mais pas le risque de décès, tandis que le second semble augmenter le risque d'hospitalisations liées à la COVID-19 et le risque de décès (71). Cependant, la question de savoir si l'obésité augmente de manière significative la mortalité reste un débat entre les études (73).

De nombreux facteurs environnementaux et sociaux, qui ont été affectés par les fermetures et les réglementations liées à la COVID-19, sont connus pour être associés à l'obésité (70,74). Par exemple, les mesures de distanciation sociale et les confinements ont été associés à une réduction des niveaux d'activité physique quotidienne et à une augmentation du temps passé dans la sédentarité, contribuant à des sentiments de stress et d'anxiété (75,76). L'altération de la santé mentale au cours de la pandémie de COVID-19 peut avoir entraîné une prise de poids en perturbant les habitudes de sommeil, en libérant des hormones de stress associées à la prise de poids, changement des habitudes alimentaires, et en retardant le recours aux soins (75). Des recherches sont menées actuellement pour comprendre ces effets plus larges de la pandémie sur la santé.

On manque encore de données pour affirmer avec certitude que la pandémie de COVID-19 a augmenté la prévalence de l'obésité, mais elle a certainement exacerbé les facteurs de risque de l'obésité (74,75). Comme indiqué dans la section ci-dessus, la prévalence de l'obésité au Canada augmente régulièrement depuis 2000-2001. Les données de 2021 semblent être plus élevées que celles des années précédentes. Toutefois, des données supplémentaires s'avèrent nécessaires pour déterminer si l'augmentation est plus importante que celle anticipée sur la base des tendances récentes. La surveillance continue permettra de déterminer les tendances de l'obésité dans le contexte d'une pandémie à long terme.

Les estimations exactes de l'IMC chez les enfants et les jeunes du Canada reposent sur des mesures directes de la taille et du poids.



03.

Obésité chez les enfants et les jeunes

Principaux points

- > En 2015, 12,4 % des enfants et des jeunes Canadiens âgés de 5 à 17 ans avaient un IMC qui les plaçait dans la catégorie de l'obésité, et 19,4 % de plus se situaient dans la catégorie de l'embonpoint. Par conséquent, près d'un tiers (31,8 %) des enfants et des jeunes ont été définis comme ayant un excès de poids.
- > Un pourcentage plus élevé de garçons que de filles se trouvait dans la catégorie de l'obésité (14,9 % par rapport à 9,9 %). Des pourcentages similaires de garçons et de filles ont été classés dans la catégorie de l'embonpoint (19,6 % et 19,1 %).
- > La prévalence de l'embonpoint et l'obésité combinés était plus élevée chez les 12 à 17 ans que chez les 5 à 11 ans (35,6 % par rapport à 28,4 %).
- > Chez les enfants âgés de 2 à 4 ans, la prévalence de l'obésité était de 3,4 %. De plus, 4,6 % de ces enfants ont été classés dans la catégorie « embonpoint » et 26,8 % comme « à risque d'embonpoint ».
- > En 2004, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes (12,9 %) était le double du taux observé en 1978-1979.
- > Il semble qu'il y ait eu un plafonnement au cours des dernières décennies, à quelques exceptions près. Chez les enfants âgés de 5 à 11 ans, la prévalence de l'obésité et la prévalence de l'embonpoint et l'obésité combinés étaient plus faibles en 2014-2019 qu'en 2004 (13,3 % contre 10,4 %, et 35,9 % contre 26,6 %). Chez les jeunes de 12 à 17 ans, aucune différence significative n'a été observée en matière d'obésité ou d'embonpoint et d'obésité combinés. Chez les filles (mais pas chez les garçons) âgées de 2 à 4 ans, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés a diminué entre 2004 et 2015 (11,1 % contre 4,1 %).

Boîte 6. Estimations de l'IMC chez les enfants et les jeunes canadiens

Les estimations exactes de l'IMC chez les enfants et les jeunes du Canada reposent sur des mesures directes de la taille et du poids. L'utilisation de données auto-déclarées ou déclarées par les parents entraîne des erreurs de classification importantes (55).

Des études portant sur des adolescents et des adultes ont montré que l'utilisation de la taille et du poids autodéclarés pour calculer l'IMC permet d'obtenir une prévalence de l'obésité plus faible que les estimations basées sur des données mesurées (55). Pour explorer ce phénomène, nous avons analysé les données de l'ECMS 2007–2009 concernant la taille et le poids des enfants âgés de 6 à 11 ans déclarés par les parents (n=854).

En moyenne, les parents sous-estiment la taille (de 3,3 cm) et le poids (de 1,1 kg) de leurs enfants. Les estimations de la prévalence de l'obésité s'avéraient significativement plus élevées lorsqu'elles étaient basées sur les valeurs déclarées par les parents que sur les valeurs mesurées pour les enfants âgés de 6 à 8 ans; tandis que les deux méthodes de collecte ont donné des estimations similaires de l'obésité pour les enfants âgés de 9 à 11 ans. Pour les enfants des deux groupes d'âge, les erreurs de classification des catégories d'IMC étaient importantes lorsqu'elles étaient basées sur les valeurs déclarées par les parents, affaiblissant les associations entre l'obésité et les indicateurs de santé tels que la capacité aérobique et la pression artérielle systolique. La variance expliquée par les facteurs associés au biais dans la taille et le poids déclarés par les parents était faible, en particulier pour la taille. L'utilisation d'équations de correction basées sur des variables associées au biais a permis une réduction très modeste des erreurs de classification. Les biais associés aux déclarations des parents sur la taille et le poids de leurs enfants entraînent des erreurs de classification de l'obésité qui affectent les relations avec d'autres variables. Les efforts visant à établir des équations de correction pour tenir compte de ce biais ont été infructueux. Des mesures directes sont nécessaires pour calculer avec précision les estimations de l'obésité et leurs relations avec les indicateurs de santé chez les enfants (55) (voir l'*annexe B : Équations de correction pour l'ajustement de l'IMC dans l'ESCC sur la base de la taille et du poids déclarés par les parents ou par eux-mêmes*).

Rappel : Pour les enfants et les jeunes, la taille et le poids mesurés sont utilisés pour calculer l'IMC (par rapport aux adultes pour lesquels des données autodéclarées ont été utilisées).

Boîte 7. Sources de données

Deux enquêtes nationales récentes ont permis de recueillir des données sur la taille et le poids des enfants et des jeunes :

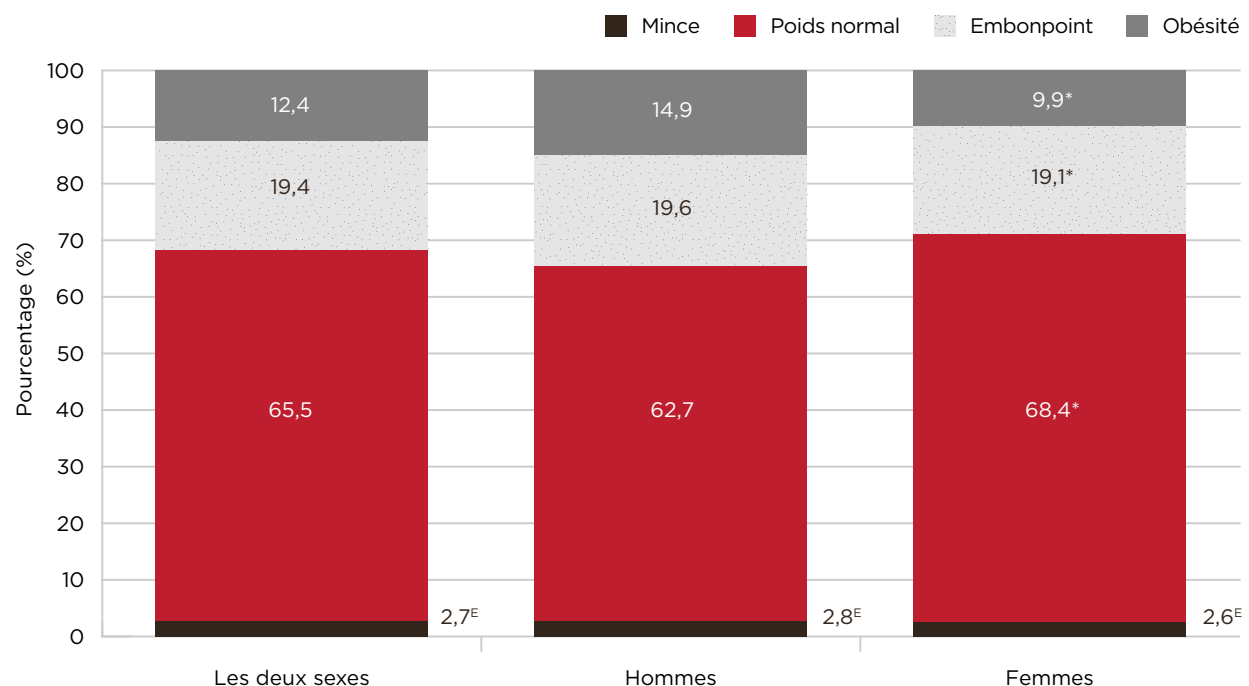
- L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) mesure la taille et le poids des jeunes de 3 à 17 ans. Les cycles les plus récents ont été réalisés en 2014–2015, 2016–2017 et 2018–2019.
- L'ESCC – Nutrition, qui a été réalisée en 2004 et en 2015, incluait la taille et le poids mesurés pour les jeunes de 2 à 17 ans.

Les estimations de l'obésité chez les enfants et les jeunes de 5 à 17 ans peuvent être calculées à partir des données de l'une ou l'autre des enquêtes (voir les [tableaux A3.1a](#) et [A3.1b](#) de l'[annexe C](#)). Cependant, pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, la taille des échantillons de l'ECMS est trop petite pour produire des estimations fiables de la surcharge pondérale et de l'obésité. Les données pour ce groupe d'âge ne sont disponibles que dans l'ESCC – Nutrition. Pour les enfants et les jeunes de 5 à 17 ans, les deux enquêtes donnent des prévalences similaires d'obésité et d'embonpoint et obésité combinés (voir les [tableaux A3.1a](#) et [A3.1b](#) de l'[annexe C](#)). Les estimations de la prévalence du poids normal diffèrent significativement entre le cycle de l'ECMS et celui de l'ESCC – Nutrition. Comme les estimations de l'ESCC – Nutrition sont plus fiables (variance faible) et par souci de cohérence avec les estimations concernant les enfants plus jeunes, la plupart des données de ce chapitre proviennent de cette enquête.

Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes

En 2015, 12,4 % des enfants et des jeunes Canadiens âgés de 5 à 17 ans avaient un IMC qui les plaçait dans la catégorie de l'obésité, et 19,4 % se situaient dans la catégorie « embonpoint » (voir [figure 3.1](#)). Par conséquent, 31,8 % des enfants et des jeunes avaient un excès de poids. Les garçons étaient plus susceptibles que les filles d'être dans la catégorie de l'obésité (14,9 % par rapport à 9,9 %), mais des pourcentages similaires de garçons et de filles ont été classés dans la catégorie « embonpoint » (19,6 % et 19,1 %, respectivement).

Figure 3.1 : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 5 à 17 ans, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, Canada à l'exception des territoires, 2015



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2015 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés était plus élevée chez les 12 à 17 ans que chez les 5 à 11 ans (35,6 % par rapport à 28,4 %). Sur le plan statistique, la différence était significative chez les filles (34,0 % par rapport à 24,6 %), mais pas chez les garçons (37,1 % par rapport à 32,1 %).

De 2 à 4 ans, la prévalence de l'obésité était de 3,4 %. Puis, 4,6 % des personnes ont été classées dans la catégorie de l'embonpoint et 26,8 % comme « risquant l'embonpoint ». La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés était plus élevée chez les garçons que chez les filles : 12,6 % par rapport à 4,1 %.

Revenu et scolarité des ménages

Chez les enfants et les jeunes âgés de 5 à 17 ans, l'association entre le quintile de revenu du ménage et la prévalence de l'obésité n'est pas aussi claire que chez les adultes, donc aucune différence ne peut être observée (voir [tableau 3a](#)).

Tableau 3a : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015

QUINTILE DE REVENU DU MÉNAGE	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Obésité									
Total des cas d'embonpoint/obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	12,4		(10,7-14,1)	14,9		(12,1-17,6)	9,9	^a	(7,8-12,0)
Quintile 1 (le plus bas)	13,5		(9,4-17,6)	17,7	^E	(11,1-24,2)	9,7	^E	(4,7-14,6)
Quintile 2	16,0	*	(11,9-20,1)	17,8	^E	(11,6-24,0)	14,2	^E *	(8,7-19,6)
Quintile 3	10,1		(7,0-13,1)	11,4	^E	(6,6-16,3)	8,6	^E	(4,9-12,2)
Quintile 4	12,6		(8,6-16,6)	15,1	^E	(9,2-21,1)	9,6	^E	(4,9-14,4)
Quintile 5 (référence)	9,5	^E	(5,7-13,2)	12,1	^E	(5,5-18,6)	7,0	^E	(3,5-10,4)
Embonpoint/obésité									
Total des cas d'embonpoint/obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	31,8		(29,4-34,1)	34,5		(30,9-38,0)	29,0	^a	(25,5-32,5)
Quintile 1 (le plus bas)	31,8		(26,4-37,2)	33,7		(25,8-41,7)	30,0		(21,8-38,3)
Quintile 2	38,6	*	(32,8-44,4)	41,1		(33,2-49,1)	36,0	*	(27,7-44,3)
Quintile 3	31,1		(26,5-35,7)	33,7		(26,6-40,8)	28,2		(21,7-34,7)
Quintile 4	28,2		(22,9-33,5)	31,1		(23,7-38,5)	24,7		(17,5-31,9)
Quintile 5 (référence)	28,5		(22,8-34,2)	32,4		(24,1-40,7)	24,7		(17,5-32,0)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2015 (fichier de partage). Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Chez les filles, la prévalence de l'obésité était significativement plus faible dans les ménages où le niveau de scolarité le plus élevé était un diplôme d'études post-secondaires, comparativement aux filles dans les ménages où le niveau de scolarité le plus élevé était un diplôme d'études secondaires ou moins : 8,3 % contre 17,2 % (voir [tableau 3b](#)). Pour les garçons, la distribution de l'IMC mesuré était similaire entre les différents niveaux d'éducation du ménage. En comparant les garçons aux filles, ces dernières avaient une prévalence significativement plus faible d'obésité, ainsi que d'obésité et d'embonpoint combinés, lorsqu'elles provenaient de ménages où le niveau de scolarité le plus élevé des parents était un diplôme d'études post-secondaires (8,3 % contre 14,3 %, et 26,9 % contre 33,4 %, respectivement).

Tableau 3b : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le niveau de scolarité le plus élevé du ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Obésité									
Total des cas d'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	12,4		(10,7-14,1)	14,9		(12,1-17,6)	9,9	^a	(7,8-12,0)
Diplôme d'études secondaires ou niveau de scolarité moins élevé (référence)	17,6	*	(12,6-22,6)	18,0	^E	(11,6-24,3)	17,2	^E *	(10,4-24,1)
Certificat ou diplôme d'études post-secondaire ou diplôme universitaire	11,4		(9,6-13,1)	14,3		(11,3-17,2)	8,3	^a	(6,3-10,3)
Embonpoint/obésité									
Total des cas d'embonpoint/obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	31,8		(29,4-34,1)	34,5		(30,9-38,0)	29,0		(25,5-32,5)
Diplôme d'études secondaires ou niveau de scolarité moins élevé (référence)	39,6	*	(32,9-46,2)	39,9		(31,0-48,8)	39,2	*	(29,2-49,2)
Certificat ou diplôme d'études post-secondaire ou diplôme universitaire	30,2		(27,7-32,7)	33,4		(29,5-37,3)	26,9	^a	(23,4-30,4)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2015 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Variations régionales

En 2015, la prévalence d'embonpoint et d'obésité combinés chez les enfants et les jeunes était généralement similaire par province (voir [tableau 3c](#)). L'exception était à Terre-Neuve-et-Labrador, où les prévalences d'embonpoint et d'obésité combinés dépassaient ceux de l'ensemble du Canada (46,1 % et 31,8 %).

Tableau 3c : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et la province, ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Obésité									
Total des cas d'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans d'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	12,4		(10,7-14,1)	14,9		(12,1-17,6)	9,9	^a	(7,8-12,0)
Terre-Neuve-et-Labrador	22,0	^a	(15,5-28,5)	23,6	^E	(14,7-32,5)	20,6	^E	(12,4-28,9)
Île-du-Prince-Édouard	17,2	^E	(11,6-22,8)	23,1	^E	(14,1-32,2)	10,7	^{E a}	(4,8-16,6)
Nouvelle-Écosse	16,2	^E	(9,8-22,6)	13,6	^E	(5,0-22,2)	19,1	^E	(10,5-27,7)
Nouveau-Brunswick	16,8	^E	(11,3-22,2)	16,2	^E	(8,4-24,0)	17,4	^E	(10,0-24,8)
Québec	10,4		(7,2-13,6)	11,0	^E	(7,0-15,0)	9,6	^E	(4,7-14,6)
Ontario	12,2		(9,2-15,2)	17,6		(12,4-22,8)	7,1	^{E a}	(3,7-10,5)
Manitoba	11,9	^E	(7,1-16,8)	13,4	^E	(6,3-20,5)	10,1	^E	(3,7-16,5)
Saskatchewan	19,8		(14,0-25,6)	18,8	^E	(10,7-26,9)	20,8	^E	(12,3-29,4)
Alberta	13,1	^E	(8,3-17,9)	14,0	^E	(7,3-20,6)	12,2	^E	(5,9-18,5)
Colombie-Britannique	11,3		(7,7-15,0)	12,8	^E	(7,9-17,6)	9,7	^E	(4,8-14,6)

suite du **Tableau 3c** à la page suivante

suite du **Tableau 3c**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Embonpoint/obésité									
Total des cas d'embonpoint/obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	31,8		(29,4-34,1)	34,5		(30,9-38,0)	29,0	^a	(25,5-32,5)
Terre-Neuve-et-Labrador	46,1	*	(37,1-55,1)	45,2		(33,0-57,4)	46,9	*	(35,8-57,9)
Île-du-Prince-Édouard	32,8		(25,8-39,8)	34,3		(24,1-44,6)	31,2		(21,8-40,5)
Nouvelle-Écosse	38,6		(29,9-47,4)	41,3		(29,8-52,9)	35,6	^E	(23,9-47,2)
Nouveau-Brunswick	31,9		(24,0-39,8)	31,4	^E	(20,5-42,3)	32,5	^E	(21,8-43,2)
Québec	31,5		(26,9-36,2)	28,7		(22,6-34,8)	34,8		(26,8-42,7)
Ontario	31,4		(26,9-35,9)	39,1		(31,8-46,5)	24,1	^a	(18,0-30,2)
Manitoba	39,2		(31,9-46,5)	39,2		(27,7-50,8)	39,2		(30,6-47,7)
Saskatchewan	32,4		(25,4-39,5)	30,2	^E	(20,1-40,2)	34,8		(24,4-45,2)
Alberta	33,3		(27,7-38,9)	33,7		(26,4-41,0)	32,9		(24,8-41,1)
Colombie-Britannique	26,2		(21,0-31,4)	29,4		(21,8-36,9)	22,6		(15,7-29,5)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2015 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Lorsque le contexte urbain et rurale est examiné, il n'y a pas de différences significatives en matière d'obésité chez les enfants et les jeunes canadiens. Cependant, la prévalence d'embonpoint et d'obésité combinés chez les enfants et les jeunes était plus élevée dans les régions rurales que dans les centres de population : 36,5 % par rapport à 30,7 % (voir le [tableau 3d](#)). En milieu urbain, la prévalence de l'obésité et de l'obésité et embonpoint combinés est significativement plus faible chez les filles que chez les garçons (9,7 % contre 14,3 % ; 27,5 % contre 33,8 %).

Tableau 3d : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le lieu de résidence en région urbaine/rurale, ménage, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015.

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Obésité									
Total des cas d'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	12,4		(10,7, 14,1)	14,9		(12,1, 17,6)	9,9	^a	(7,8, 12,0)
Urbaine (référence)	12,0		(10,1-14,0)	14,3		(11,3-17,4)	9,7	^a	(7,2-12,1)
Zone rurale	14,1		(10,4-17,8)	17,1	^E	(11,3-22,9)	10,8	^E	(6,7-14,8)
Embonpoint/obésité									
Total des cas d'embonpoint/obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	31,8		(29,4, 34,1)	34,5		(30,9, 38,0)	29	^a	(25,5, 32,5)
Urbaine (référence)	30,7		(28,0-33,4)	33,8		(29,7-37,9)	27,5	^a	(23,6-31,4)
Zone rurale	36,5	[*]	(31,6-41,3)	37,1		(30,7-43,6)	35,8		(28,1-43,4)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2015 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

^{*} Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Statut autochtone

L'ESCC et le cycle – Nutrition de l'ESCC ne recueillent pas de données sur les Premières Nations vivant dans les réserves et les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat, mais fournissent des données sur les peuples autochtones vivant hors des réserves. Comme indiqué précédemment (voir *Section 2 : Obésité chez l'adulte; statut autochtone*), des informations sur la santé des peuples autochtones sont disponibles dans *Les principales inégalités en santé au Canada : Un portrait national – 2018* (61). De nouvelles données sur l'obésité mesurée chez les populations autochtones âgées de 5 à 17 ans sont également disponibles dans l'outil de données sur les inégalités en santé (62), qui combine les cycles récents de l'ECMS (2014 à 2019).

L'objectif de ce rapport vise à fournir des statistiques et des données dont les estimations sont basées sur les données autodéclarées corrigées de l'IMC de l'ESCC 2021. Le *tableau A3.6 à l'annexe C* présente les données disponibles de l'ESCC sur les enfants et les jeunes Autochtones. Il est reconnu que les estimations fournies ne donnent pas une image complète de l'obésité chez les peuples autochtones et qu'il existe encore des lacunes dans les données sur les facteurs de risque tels que le statut socioéconomique et les effets de la colonisation.

Autres déterminants sociaux de la santé

L'outil de données sur les inégalités en santé fournit des taux de prévalence bruts de l'obésité mesurée et autodéclarée chez les enfants d'âge scolaire (de la 6^e à la 10^e année), qui peuvent être stratifiés selon un certain nombre de facteurs sociodémographiques et économiques (62). L'Outil de données sur les inégalités en santé (62) présente des données sur plus de 100 indicateurs, y compris l'obésité, stratifiés par étape du parcours de vie et par certaines caractéristiques sociales et économiques. L'outil de données sur les inégalités en santé fournit également des ratios de taux, pour montrer la force de l'association, et des différences de taux, pour montrer le risque excédentaire entre les groupes. Les données autodéclarées proviennent de deux cycles de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (2009–2010, 2013–2014) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015–2018) (62). Les données mesurées pour les enfants et les jeunes proviennent des cycles 4, 5 et 6 de l'ECMS (2014–2019).

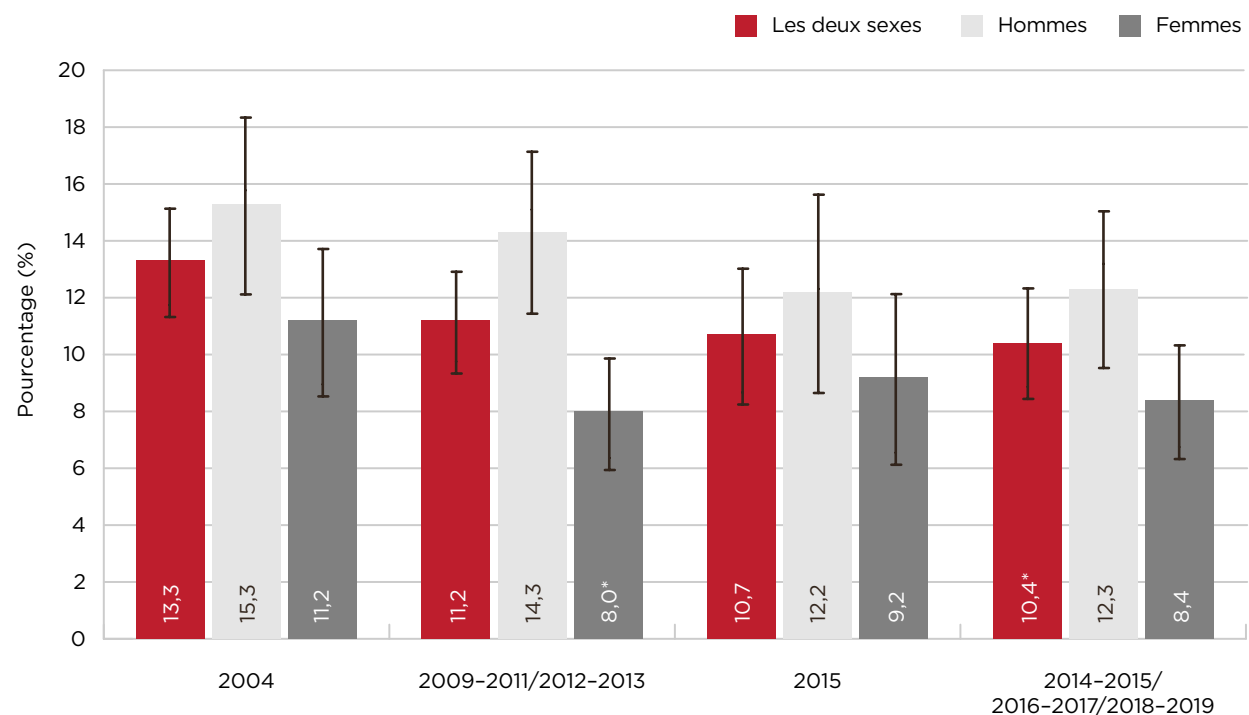
Étant donné l'absence d'équation de correction pour les enfants et les jeunes, il faut faire preuve de prudence lors de l'interprétation de la prévalence de l'obésité avec les taux autodéclarés dans cette population, car il y a probablement une erreur de classification importante.

Tendances au fil du temps

Entre 1975 et 2016, la prévalence mondiale de l'obésité chez les garçons âgés de 5 ans ou plus est passée de 0,9 % à 9,2 %, et chez les filles, de 0,7 % à 5,6 % (76). Plusieurs rapports ont suggéré une certaine stabilisation des taux d'IMC chez les enfants et les adolescents dans les pays à revenu élevé au cours des dernières années (63,77-79).

Les tendances sont généralement similaires au Canada, bien que les pourcentages soient plus élevés. En 2004, 12,9 % des enfants et des jeunes Canadiens âgés de 5 à 17 ans avaient un IMC dans la catégorie de l'obésité, soit le double du pourcentage de 1978-1979 (80). Depuis 2004, avec les sondages de l'ESCC et l'ECMS, les estimations de l'obésité chez les enfants et les jeunes ont tendance à être stables (voir [tableau A3.2](#) de l'[annexe C](#)). L'exception était chez les enfants de 5 à 11 ans, chez qui la prévalence de l'obésité a diminué entre 2004 et 2014-2019 (de 13,3 % à 10,4 %; voir [figure 3.2](#)).

Figure 3.2 : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 5 à 11 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)



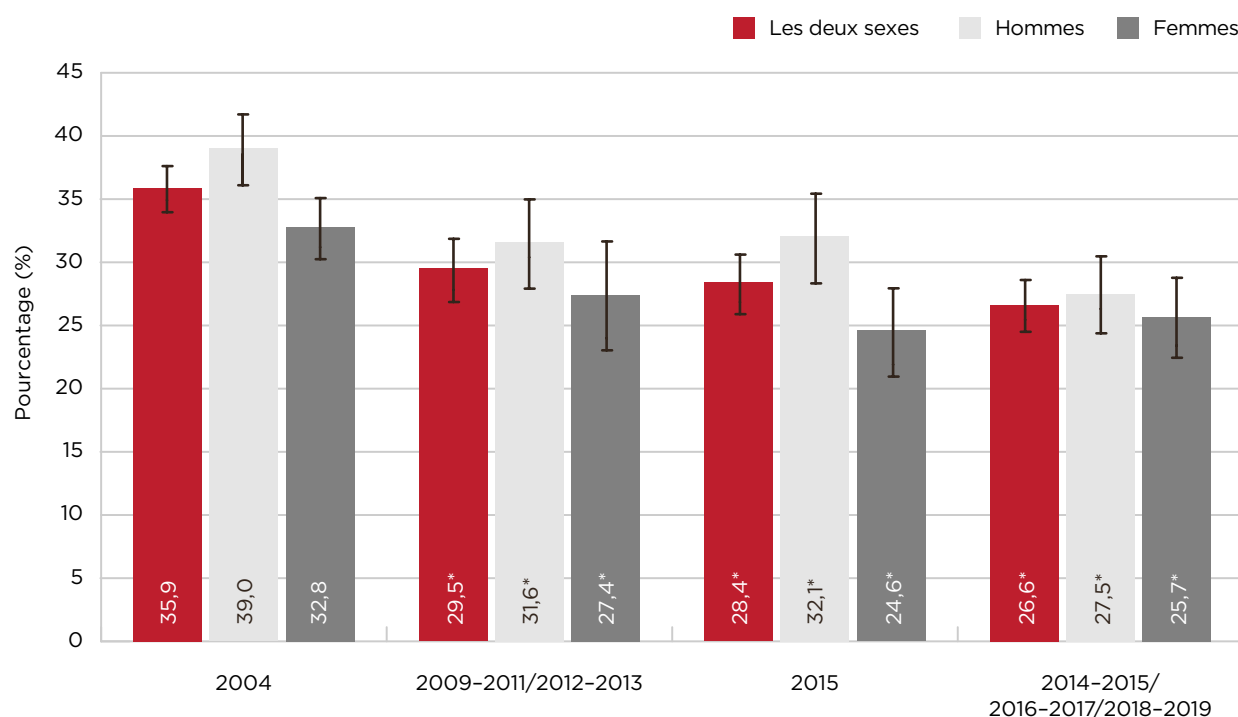
SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

Au cours de la même période, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés chez les enfants de 5 à 11 ans a considérablement diminué, passant de 35,9 % à 26,6 %. La prévalence combinée de l'embonpoint et de l'obésité de 5 à 11 ans a diminué de 39,0 % à 27,5 % chez les garçons et de 32,8 % à 25,7 % chez les filles entre 2004 et 2014-2019 (voir *figure 3.3*, pour plus d'informations, voir le *tableau A3.3* de l'*annexe C*). La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité combinés a également diminué de manière significative chez les filles de 2 à 4 ans, passant de 11,1 % à 4,1 % entre 2004 et 2015. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, aucune différence significative dans la prévalence de l'obésité ou de l'embonpoint et de l'obésité combinés n'était apparente entre 2004 et 2014-2019.

Figure 3.3 : Prévalence de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe, population à domicile âgée de 5 à 11 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

Nous attendons des données mesurées représentatives à l'échelle nationale pour les enfants et les jeunes, recueillies depuis la pandémie de COVID-19. Des recherches sont nécessaires pour bien comprendre l'impact de la COVID-19 sur la santé et les comportements de mouvement des enfants (de 5 à 11 ans) et des jeunes (de 12 à 17 ans) au Canada (16). Le Bulletin ParticipACTION 2022 sur l'activité physique chez les enfants et les jeunes met en lumière les nombreuses façons dont la pandémie a eu un impact sur l'activité physique globale des enfants et des jeunes : comportements quotidiens, littératie physique, environnement scolaire, déplacements actifs, etc. Les conséquences négatives de cela, combinées aux données socioéconomiques et aux comportements alimentaires, auraient probablement un impact sur la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes après la COVID-19. Les recherches en cours aideront à déterminer si la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes demeure à un plateau ou si une augmentation sera observée à la suite de la pandémie de COVID-19.

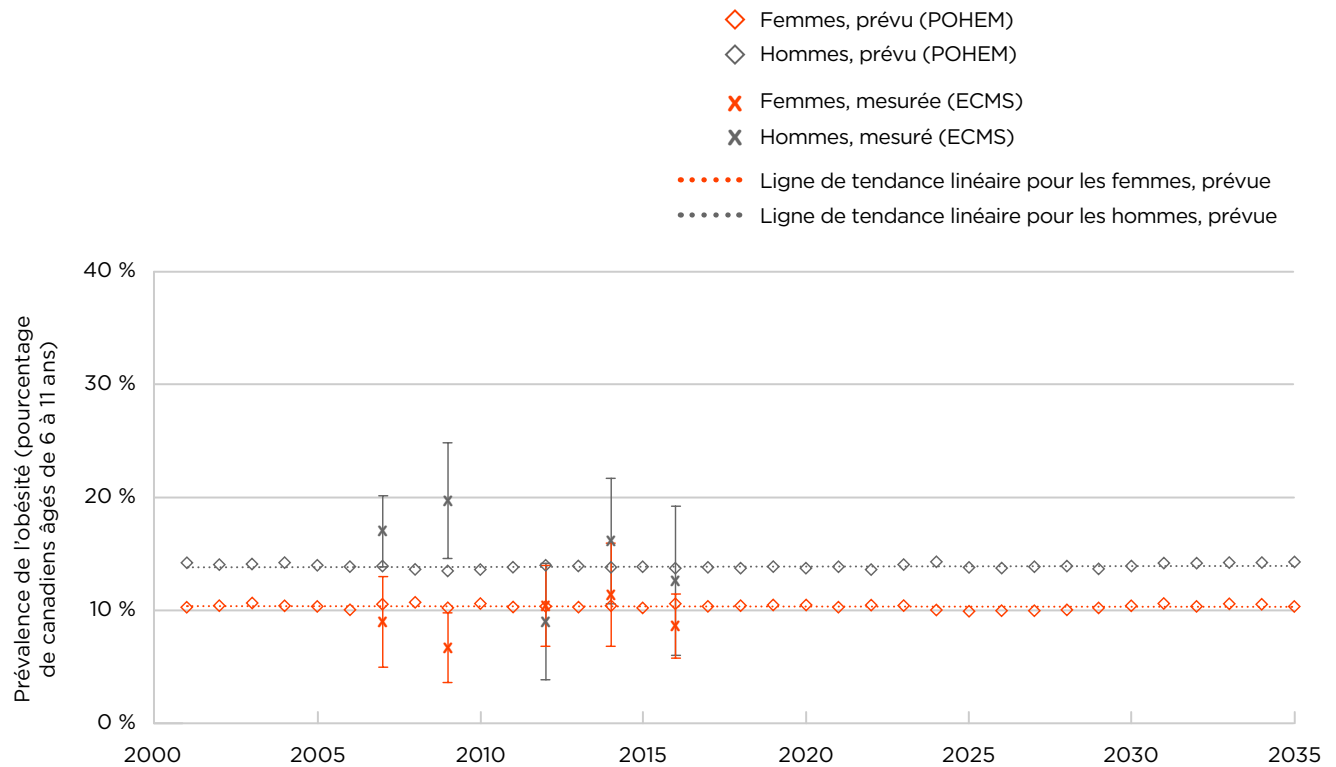
Projections

Comme décrit dans la section sur l'obésité chez les adultes, les techniques de modélisation qui tiennent compte de nombreux facteurs interconnectés associés à la santé d'une personne peuvent prédire les futurs niveaux d'obésité. Le modèle de microsimulation de la santé de la population (POHEM) de Statistique Canada (voir la *Section 4 : Sources de données et méthodes*) a simulé la prévalence annuelle de l'obésité pour trois groupes d'âge d'enfants et de jeunes (6 à 17 ans, 6 à 11 ans et 12 à 17 ans), selon le sexe, sur deux périodes : 2001 à 2018, qui a été utilisée pour comparer rétrospectivement les estimations prédites et observées, et 2018 à 2035, qui a été utilisée pour extrapoler les tendances futures (66).

Les résultats du POHEM démontrent qu'au cours de la période de 2001 à 2018, la prévalence de l'obésité chez les jeunes de 6 à 17 ans a légèrement diminué, passant de 11,6 % à 11,3 %, ce qui représente un taux de variation annuel de 0,2 % (voir les *figures 3.4 et 3.5*). Lorsque les enfants et les jeunes étaient examinés séparément, la prévalence de l'obésité était stable chez les enfants âgés de 6 à 11 ans (12,2 %). Une légère baisse de 10,8 % à 10,2 % chez les jeunes de 12 à 17 ans est le résultat d'une baisse de 13,9 % à 12,0 % chez les garçons. Ces chiffres simulés correspondent relativement bien à ceux dérivés des données d'enquête (voir *tableau A3.2 de l'annexe C*).

La série chronologique extrapolée de 2018 à 2035 pour les enfants et les jeunes montre une tendance stable, associée à un taux de variation annuel statistiquement non significatif - 0,06 %. Cependant, les prévisions du POHEM ne tiennent pas compte de tous les facteurs associés à l'IMC, l'alimentation étant une exclusion notable (68), ni des impacts potentiels de la pandémie de COVID-19. Il s'agit de limitations importantes du modèle étant donné l'influence significative de l'alimentation sur le poids corporel et les indications que la pandémie pourrait avoir eu des effets durables sur les comportements et d'autres facteurs liés au poids corporel.

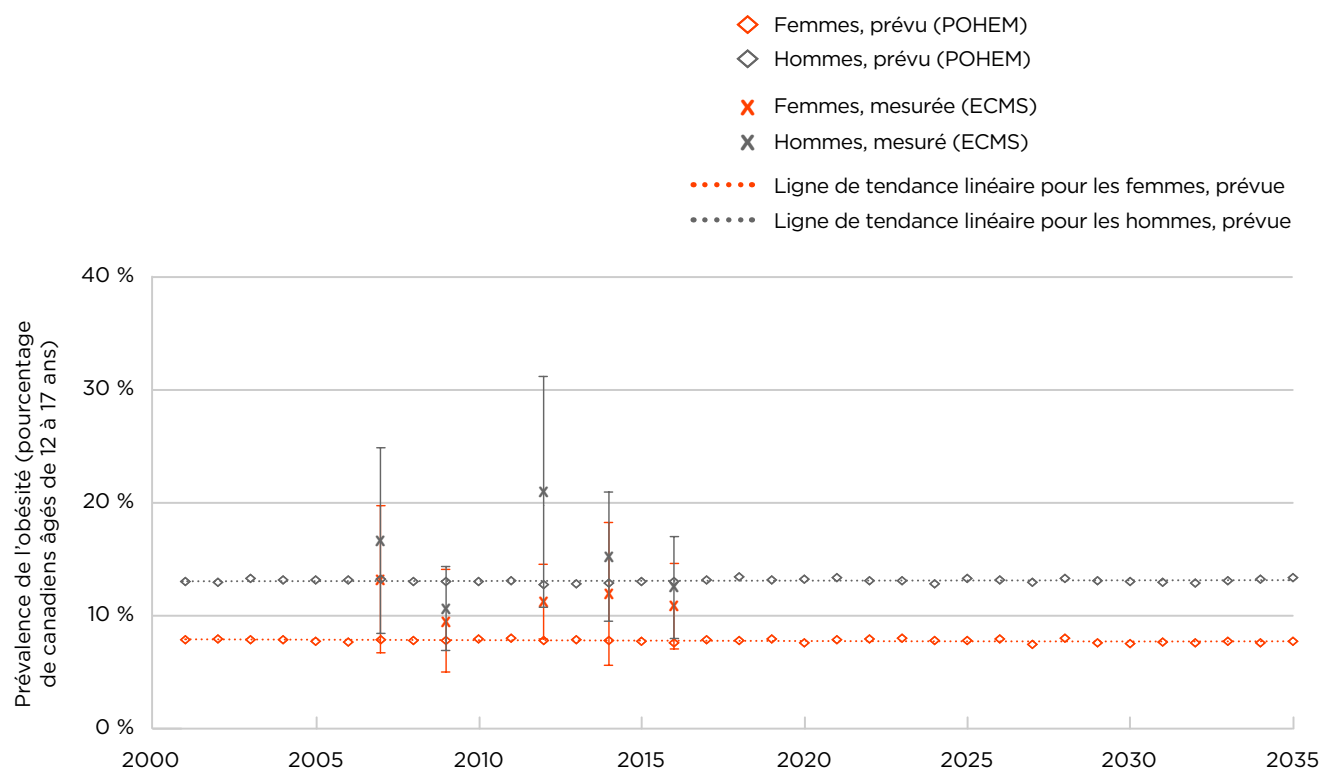
Figure 3.4 : Prévalence de l'obésité mesurée basé sur les prévisions de POHEM et les données d'enquête, population à domicile âgée de 6 à 11 ans, Canada à l'exception des territoires, 2001-2035



SOURCES DE DONNÉES : Prévalence prévue à l'aide du POHEM pour 2001 jusqu'à 2035; 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017 Enquête canadienne sur les mesures de la santé (Cycles 1 à 5).

NOTE : Les projections de l'IMC par le modèle POHEM tiennent compte de l'âge, de l'activité physique et du tabagisme. Le modèle ne prend pas en compte la qualité de l'alimentation ni les impacts potentiels de la pandémie de COVID-19.

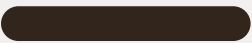
Figure 3.5 : Prévalence de l'obésité mesurée basé sur les prévisions de POHEM et les données d'enquête, population à domicile âgée de 12 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2001-2035



SOURCES DE DONNÉES : Prévalence prévue à l'aide du POHEM pour 2001 jusqu'à 2035; 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017 Enquête canadienne sur les mesures de la santé (Cycles 1 à 5).

NOTE : Les projections de l'IMC par le modèle POHEM tiennent compte de l'âge, de l'activité physique et du tabagisme. Le modèle ne prend pas en compte la qualité de l'alimentation ni les impacts potentiels de la pandémie de COVID-19.

**À l'échelle nationale,
un certain nombre
d'enquêtes de Statistique
Canada fournissent
régulièrement des
données de surveillance
pour le calcul de l'IMC.**



04.

Sources de données et méthodes

Sources de données

Trois enquêtes de Statistique Canada recueillent des données qui peuvent être utilisées pour produire des estimations de la prévalence et examiner les tendances en matière d'excès de poids. La population cible pour ces enquêtes est constituée des résidents des ménages, à l'exclusion des résidents des réserves et autres établissements autochtones, des membres à temps plein des Forces canadiennes et de la population institutionnalisée.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'ESCC, réalisée pour la première fois en 2000–2001, est une enquête continue qui fournit des données complètes sur la santé à l'échelle nationale (81). L'ESCC de 2022 et 2023 ont été recueillies, mais les données n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport. L'ESCC de 2024 est actuellement en cours. L'ESCC couvre la population âgée de 12 ans ou plus, y compris les résidents des trois territoires. La taille et le poids d'un sous-échantillon de répondants (environ 5 000) ont été mesurés en 2005 et 2008. Grâce à ces données, il a été possible d'élaborer des équations de correction pouvant être appliquées aux données auto-déclarées sur la taille et le poids des adultes recueillies dans le cadre de ces cycles et d'autres cycles de l'ESCC (82,83). (voir l'*annexe B : Équations de correction pour corriger dans l'ESCC l'IMC en fonction de la taille et du poids auto-déclarés ou déclarés par les parents*). Tout au long de ce rapport, le terme « auto-déclaré corrigé » est employé pour indiquer que les données ont fait l'objet de cette correction.

Limites : Les estimations de l'IMC sont basées sur la taille et le poids auto-déclarés. Ce biais peut être corrigé pour les adultes, mais pas pour les jeunes. L'ESCC a subi une refonte majeure en 2015. Par conséquent, la prudence s'impose lors des comparaisons avant/après 2015 (84). De plus, les taux de réponse ont diminué au fil du temps, passant de 84,7 % en 2000–2001 à 41,0 % en 2019–2020 (voir le *tableau A4a* de l'*annexe C*).

Points forts : En raison de la taille importante de l'échantillon, il est possible d'examiner des caractéristiques telles que le groupe d'âge et les variables du SSE et de suivre les tendances de l'obésité de classe III. Les taux de réponse de l'ESCC sont plus élevés que ceux des enquêtes dans lesquelles on prend des mesures physiques directes.

Dans ce rapport, le *profil* de l'obésité chez les adultes âgés de 18 ans ou plus selon les caractéristiques sociodémographiques est fondé sur l'IMC_{AdC} de l'ESCC de 2019 (les données pour les territoires ne sont pas incluses dans les fichiers de l'ESCC d'une seule année).

Les *tendances* dans la prévalence de l'obésité chez les adultes âgés de 18 ans ou plus sont fondées sur l'IMC_{AdC} en utilisant un regroupement de deux ans des données de l'ESCC pour les 10 provinces (p. ex. 2007–2008, 2009–2010, 2017–2018) (82). Des données sur deux ans

ont été utilisées pour renforcer méthodologiquement l'estimation de la tendance. Les données de 2022 n'étant pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport, il n'a pas été possible de créer un fichier 2021-2022 pour examiner les tendances plus récentes. L'estimation de la tendance est comprise entre 2000-2001 et 2019-2020. Pour examiner les tendances dans le temps de la prévalence de l'excès de poids chez les adultes et les jeunes, on a utilisé des estimations fondées sur les données mesurées des sous-échantillons de 2005 et de 2008.

ESCC – Nutrition

L'ESCC a des composantes supplémentaires qui portent sur des sujets spéciaux à quelques années d'intervalle. En 2004 et 2015, le thème était la nutrition (85). L'ESCC – Nutrition couvrait la population âgée de 1 an ou plus dans les 10 provinces. Elle comprenait des mesures que des intervieweurs formés ont prises de la taille et du poids auprès d'un échantillon de la population âgée de 2 ans ou plus.

Limites : Les données ne sont pas collectées régulièrement, et elles excluent les territoires. Les taux de réponse sont 76,5 % et 61,6 % pour l'ESCC – Nutrition de 2004 et 2015 (voir le [tableau A4b](#) de l'[annexe C](#)). Les mesures de la taille et du poids peuvent être moins précises que celles effectuées pour l'ECMS par des kinésologues utilisant des équipements plus précis (moins portables).

Points forts : Ces données comprennent les mesures de la taille et du poids pour les enfants et les jeunes âgés de 2 ans ou plus. La taille des échantillons étant importante, des sous-populations peuvent être analysées.

Ce rapport utilise les données de l'ESCC – Nutrition de 2015 pour dresser un profil actualisé de l'excès de poids chez les enfants et les jeunes en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Les estimations des cycles de l'ESCC sur la nutrition de 2004 et 2015 ont également été utilisées pour examiner l'IMC fondé sur les mesures au fil du temps pour les adultes, les enfants et les jeunes.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)

L'ECMS, qui a débuté en 2007-2009, est une enquête continue conçue pour fournir des données mesurées complètes à l'échelle nationale (86). Six cycles ont été réalisés : 2007-2009, 2009-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019. Le cycle 7 a commencé à l'automne 2022 et se terminera à l'automne 2024. Chaque cycle a permis de recueillir des données sur la taille et le poids mesurés par des kinésologues. L'ECMS couvre la population âgée de 3 à 79 ans, à l'exclusion des résidents des territoires; le cycle 1 était fondé sur la population âgée de 6 à 79 ans.

Limites : Les taux de réponse sont faibles, allant de 45,9 % (2018-2019) à 55,5 % (2009-2011) (voir le [tableau A4b](#) de l'[annexe C](#)). Les territoires ne sont pas inclus. En raison du coût élevé de la collecte de ces données, la taille de l'échantillon pour chaque cycle est faible et fortement groupée. Par conséquent, l'ECMS est d'une utilité limitée pour rendre compte des tendances de l'obésité en fonction de caractéristiques telles que le groupe d'âge et les variables socio-économiques.

Points forts : L'ECMS comprend des mesures de la taille et du poids, elle recueille des données sur les enfants et les jeunes âgés de 2 ans ou plus, et elle est menée régulièrement.

Les estimations de l'ECMS dans ce rapport sont fondées sur les cycles 1 à 3 combinés (2007-2009/2009-2011/2012-2013) et les cycles 4, 5 et 6 combinés (2014-2015/2016-2017/2018-2019).

Les estimations de la prévalence de l'excès de poids à partir des données de l'ECMS sont présentées pour les adultes âgés de 18 à 79 ans, les enfants âgés de 5 (61 mois) à 11 ans et les adolescents de 12 à 17 ans. La taille de l'échantillon était insuffisante pour calculer des estimations pour les enfants plus jeunes.

Les *tableaux A4a* et *A4b* montrent les tailles des échantillons répondants pour l'IMC dans le cadre des trois enquêtes. Les taux de réponse à l'ESCC autodéclarée ont diminué, passant de 84,7 % en 2000-2001 à 41,0 % en 2019-2020, tandis que les taux de réponse à l'ECMS et à l'ESCC-Nutrition sont demeurés constamment faibles. De manière critique, cela peut réduire la généralisabilité de l'échantillon et avoir un impact sur la capacité du chercheur à estimer les taux de prévalence pour certains sous-groupes ou populations à risque plus élevé.

Définition des variables

En plus de l'âge, du sexe et de la province, les variables suivantes ont été utilisées dans les analyses.

IMC : La *classification de l'IMC pour les adultes et la classification de l'IMC pour les enfants et les jeunes* expliquent comment les catégories de poids ont été déduites pour les adultes, les jeunes et les enfants. L'IMC n'a pas été calculé pour les adultes dont la taille était inférieure à 0,91 mètre (3 pieds) ou supérieure à 2,13 mètres (7 pieds), ou pour les femmes qui ont déclaré être enceintes ou qui n'ont pas répondu à la question sur la grossesse.

Peuples autochtones : La variable fait référence aux Premières Nations vivant hors réserve, aux Métis et aux Inuits. Elle repose sur la question suivante : « Êtes-vous un Autochtone, c'est-à-dire un membre des Premières Nations, un Métis ou un Inuit? Les Premières Nations englobent les Indiens inscrits et non inscrits.

Quintiles de revenu du ménage : Cette variable a été déduite à partir du revenu du ménage corrigé par les seuils de faible revenu de Statistique Canada, qui se rapportent au nombre de personnes dans le ménage, à la taille de la collectivité et à l'année d'enquête (87).

Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage : Cette variable reflète le niveau de scolarité le plus élevé atteint par un membre du ménage. Les questions relatives à la scolarité dans l'ESCC et l'ECMS ont été révisées en 2015; il faut donc faire preuve de prudence dans l'examen des tendances selon la scolarité du ménage.

Résidence en région urbaine ou rurale : Les personnes ont été classées comme *résidentes en région urbaine* si elles vivaient dans un centre de population de 1 000 habitants ou plus; sinon, elles ont été classées comme résidentes en *région rurale*.

Analyses

Des analyses descriptives ont été utilisées pour estimer la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint chez les adultes, les enfants et les jeunes, en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Afin de tenir compte des plans d'échantillonnage complexes de l'ESCC et de l'ECMS, toutes les estimations sont fondées sur des données pondérées. Des pondérations ont été créées à Statistique Canada pour veiller à ce que les données soient représentatives de la population vivant dans les 10 provinces au moment où l'enquête a été menée. Les estimations de la variance et les IC à 95 % ont été calculés, et des tests de signification ont été effectués, en utilisant la technique bootstrap pour tenir compte des plans complexes des enquêtes (88). Le test des tendances dans le temps était fondé sur une régression logistique, utilisant le temps comme variable continue et en fonction des corrections pour le groupe d'âge. Les estimations standardisées pour l'âge de l'excès de poids chez les adultes par province et au fil du temps, qui sont présentées en annexe, ont été standardisées en fonction de la population canadienne de 2011 (selon les données de recensement), en utilisant les groupes d'âge suivants : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans ou plus.

Limites des données d'enquête

Bien que toutes les estimations soient fondées sur des données pondérées qui tiennent compte de la non-réponse à l'enquête, il convient de noter certaines limitations liées à la non-réponse (les [tableaux A4a](#) et [A4b](#) montrent les taux de réponse aux ensembles de données auto-déclarées et mesurées utilisés dans ce rapport). Un ajustement des données mesurées de l'ESCC et de l'ECMS a été effectué pour compenser les personnes dont la taille et le poids n'ont pas été mesurés en raison de la non-réponse. Pour les données auto-déclarées de l'ESCC, aucun ajustement n'a été effectué pour la non-réponse à la taille et au poids; les répondants ayant des valeurs manquantes ont été exclus des estimations. Le [tableau A4a](#) montre le nombre de répondants ayant une valeur manquante pour l'IMC auto-déclaré. Si ces répondants étaient plus (ou moins) susceptibles d'avoir un excès de poids corporel, les estimations seraient biaisées.

Il faut être prudent dans l'interprétation des tendances si les taux de réponse aux enquêtes ont changé au fil du temps. Une étude de 2015 de Statistique Canada sur la qualité des données a fait état d'une baisse constante des taux de réponse de l'ESCC de 2000 à 2012 (89). Les caractéristiques des répondants et des non-répondants diffèrent, et ces différences ne peuvent être entièrement corrigées par la pondération. Par conséquent, les tendances peuvent être influencées par des biais non corrigés.

Toutes les estimations de l'ESCC dans ce rapport sont fondées sur des « fichiers de partage ». On a demandé aux répondants de l'ESCC la permission de communiquer leurs renseignements aux partenaires de Statistique Canada, dont l'Agence de la santé publique du Canada (Les [tableaux A4a](#) et [A4b](#)). Une correction a été effectuée pour tenir compte des répondants qui ont refusé que l'on communique leurs données. L'accord de partage n'est pas reflété dans le taux de réponse.

Pour l'ECMS, le pourcentage de personnes qui ont accepté était suffisamment élevé, alors des fichiers de partage n'ont pas été créés, et les taux de réponse de l'ECMS intègrent l'accord de communication.

Comparaison des estimations entre les enquêtes

Il faut être prudent lorsqu'on compare les estimations mesurées par différentes enquêtes. Le contenu et la méthodologie des trois enquêtes varient considérablement.

Si la présentation des enquêtes a eu une incidence sur la probabilité qu'une personne souffrant d'obésité y participe, les comparaisons des estimations provenant des ensembles de données sont moins significatives. Avant d'accepter de participer, les répondants potentiels de l'ECMS ont été informés qu'ils se rendraient dans une clinique mobile où des mesures physiques, notamment la taille et le poids, seraient prises pour évaluer leur état de santé. Ils ont également été informés qu'ils recevraient un rapport sur les résultats. Les répondants potentiels de l'ESCC – Nutrition ont été informés qu'ils seraient interrogés sur leurs habitudes alimentaires et d'autres facteurs pouvant être liés à la santé et au bien-être nutritionnel. Ils ne savaient pas que des mesures physiques seraient prises à la fin de l'entretien.

Les personnes souffrant d'obésité pourraient ne pas répondre à l'ESCC – Nutrition parce qu'elles savaient qu'elles seraient interrogées sur leurs habitudes alimentaires, mais elles pourraient répondre à l'ECMS parce qu'elles savaient qu'elles obtiendraient un rapport sur leur santé. Les différences de prévalence de l'obésité peuvent refléter ces biais liés aux non-réponses différentiels.

De plus, les données fondées sur les mesures physiques proviennent d'enquêtes dont les échantillons sont de petite taille, ce qui rend moins probable l'apparition de différences statistiquement significatives entre les estimations.

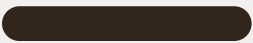
Si la nature du biais de l'IMC fondé sur la taille et le poids auto-déclarés avait changé au fil du temps, cela aurait eu une incidence sur les tendances fondées sur l'IMC auto-déclaré corrigé.

Modèle de microsimulation de la santé de la population (POHEM)

Le modèle de microsimulation de la santé de la population (POHEM) de Statistique Canada utilise de multiples sources de microdonnées pour simuler des profils longitudinaux de l'état de santé et de ses déterminants pour un grand échantillon de personnes fictives (66). Les résultats de santé de la population sont les agrégats de ces microsimulations.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a collaboré avec Statistique Canada pour élaborer le modèle POHEM-IMC à partir des données sur la taille et le poids auto-déclarés aux sept premiers cycles de l'Enquête nationale longitudinale sur la santé de la population (68). L'évolution longitudinale de l'IMC individuel reflète les caractéristiques sociodémographiques et les comportements liés à la santé (Hennessy et coll., 2017). Bancej et coll. (2015) ont utilisé le POHEM pour simuler la trajectoire de l'obésité chez les adultes (âgés de 19 à 79 ans) et les jeunes (âgés de 6 à 12 ans) (67). L'assurance continue de la qualité par Statistique Canada, l'ASPC et les chercheurs universitaires garantit la validité prédictive du POHEM par rapport aux estimations objectives de l'obésité auto-déclarée et mesurée.

**Les personnes
dont l'IMC se situe
dans la catégorie
de poids normal ont
le risque de maladie
le plus faible.**



Annexes

ANNEXE A : IMC, mortalité et paradoxe de l'obésité

Les études sur les associations entre l'IMC et *les cas incidents de maladie* (cas nouvellement diagnostiqués) trouvent généralement une relation en forme de J (2,40,41). Les personnes dont l'IMC se situe dans la catégorie de poids normal ont le risque de maladie le plus faible; les personnes dont l'IMC se situe dans la catégorie de l'insuffisance pondérale ou de l'embonpoint ont un risque accru; et celles qui se situent dans la catégorie de l'obésité ont le risque le plus élevé, avec des augmentations progressives dans les trois classes d'obésité.

En revanche, les études portant sur les associations entre l'IMC et la *mortalité* ont révélé une relation en forme de U, connue sous le nom de « paradoxe de l'obésité ». Les personnes dont l'IMC se situe dans la catégorie de l'embonpoint présentent le risque de mortalité le plus faible. Le risque pour les personnes dans la catégorie de l'obésité de classe I est similaire, voire inférieur, à celui des personnes dont l'IMC se situe dans la catégorie de poids normal. Cette relation en forme de U a été rapportée par des études fondées sur la population générale (90) et par des études portant sur des personnes atteintes de maladies telles que l'accident vasculaire cérébral (46), la maladie coronarienne (47), l'insuffisance cardiaque chronique (45), le diabète de type 2 (44) et le cancer (48).

Il a été suggéré que le paradoxe est réel et que l'excès de poids pourrait créer une réserve métabolique ou nutritionnelle qui pourrait protéger de la mortalité et des maladies cardiovasculaires après l'apparition d'une maladie chronique (91,92).

De manière plus plausible, les lacunes méthodologiques, notamment la causalité inversée et le fait de ne pas prendre en compte les facteurs de confusion, peuvent être responsables du paradoxe de l'obésité.

La causalité inversée (44,91,92) se produit lorsqu'une maladie sous-jacente entraîne une perte de poids due au processus pathologique lui-même ou à un effort conscient pour perdre du poids après un diagnostic (déclic). Si la mesure de l'IMC de référence est effectuée après cette perte de poids, les personnes se situant dans la catégorie du poids normale peuvent être diverses, comprenant des personnes qui ont toujours été minces et d'autres qui ont perdu du poids en raison d'une maladie. Ce dernier groupe présente un risque de mortalité nettement plus élevé. Afin de démêler cette complication, il est recommandé d'exclure des analyses les patients chez qui l'on avait déjà diagnostiqué des maladies liées à l'obésité au départ ou qui sont décédés au début de la période de suivi (92).

Le fait de ne pas tenir compte des facteurs de confusion tels que la condition cardiorespiratoire, la nutrition et le tabagisme peut également fausser les associations entre l'IMC et la mortalité (44,91,92). Le tabagisme est particulièrement préoccupant en raison du fait que les fumeurs ont une probabilité plus élevée d'avoir un IMC dans la catégorie du poids normal, mais en même temps, une probabilité plus élevée de mortalité prématurée. Les effets indésirables du tabagisme étant très marqués, il a été suggéré que les études sur les associations entre l'IMC et la mortalité stratifient l'analyse en fonction de l'usage du tabac; le simple contrôle de l'usage du tabac dans les modèles statistiques n'est pas suffisant (92).

Une méta-analyse de 230 études de cohorte portant sur un total de 30,3 millions de participants a démontré cette énigme (93). Lorsque l'analyse a été effectuée sur la population totale, une association en forme de U est apparue entre l'IMC et la mortalité, similaire à celle observée dans une méta-analyse précédente (43). Cependant, lorsque l'analyse a été limitée aux personnes n'ayant jamais fumé, la relation était en forme de J, avec le risque de mortalité le plus faible pour les IMC de 23-24 kg/m² (dans la catégorie du poids normal). Lorsque l'analyse a été restreinte aux non-fumeurs en bonne santé, le risque le plus faible était celui des personnes ayant un IMC de 22-23 kg/m², et lorsqu'elle a été restreinte aux non-fumeurs ayant un long suivi (≥ 20 ans), le risque le plus faible était celui des personnes ayant un IMC de 20-22 kg/m². Cette dernière restriction réduit la confusion potentielle due à la perte de poids associée à des conditions diagnostiquées préalablement. En revanche, chez les fumeurs actuels, les anciens fumeurs et les personnes ayant déjà fumé, une association en forme de U est apparue entre l'IMC et la mortalité.

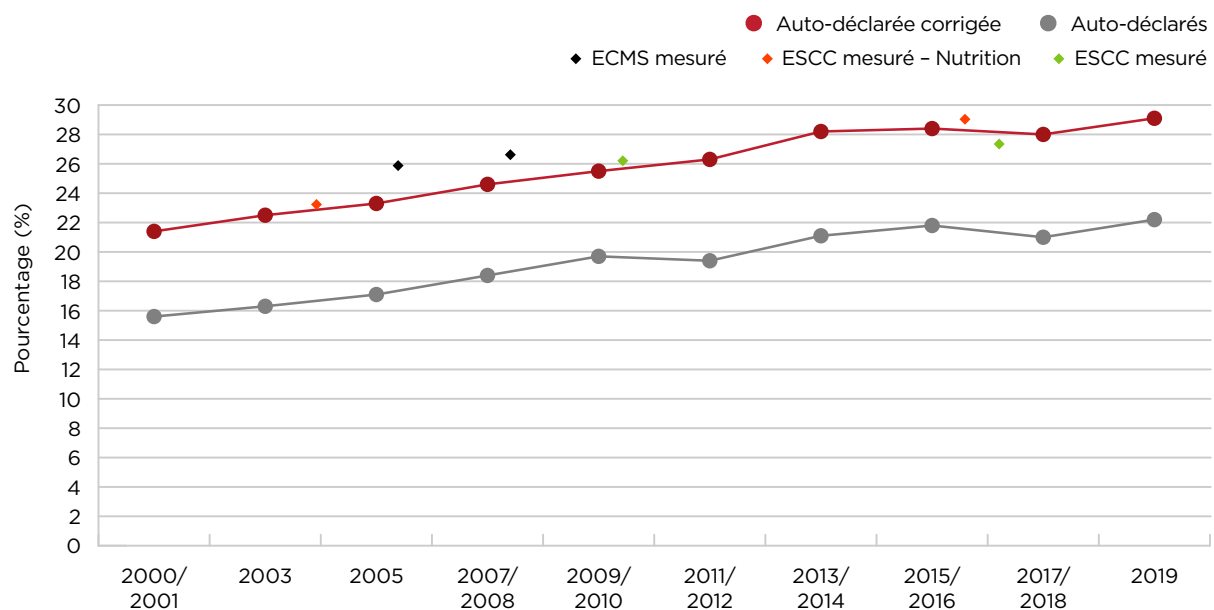
D'autres études à grande échelle ont également « démystifié » le paradoxe de l'obésité et ont révélé que les personnes classées dans la catégorie de l'obésité présentaient un risque plus élevé de mortalité toutes causes confondues et d'événements liés aux maladies cardiovasculaires (41,94,95).

ANNEXE B : Équations de correction pour corriger dans l'ESCC l'IMC en fonction de la taille et du poids auto-déclarés ou déclarés par les parents dans l'ESCC

Une étude fondée sur l'ESCC – Nutrition, qui a recueilli à la fois des données sur la taille et le poids auto-déclarés et mesurés, a montré que des facteurs de correction pouvaient être générés pour corriger les auto-déclarations des adultes afin de produire des estimations plus précises de l'IMC (82). Ces facteurs de correction ont été appliqués avec succès aux valeurs auto-déclarées dans l'ESCC 2008, et l'ont depuis été aux estimations de l'IMC dérivées de l'ESCC annuelle (83).

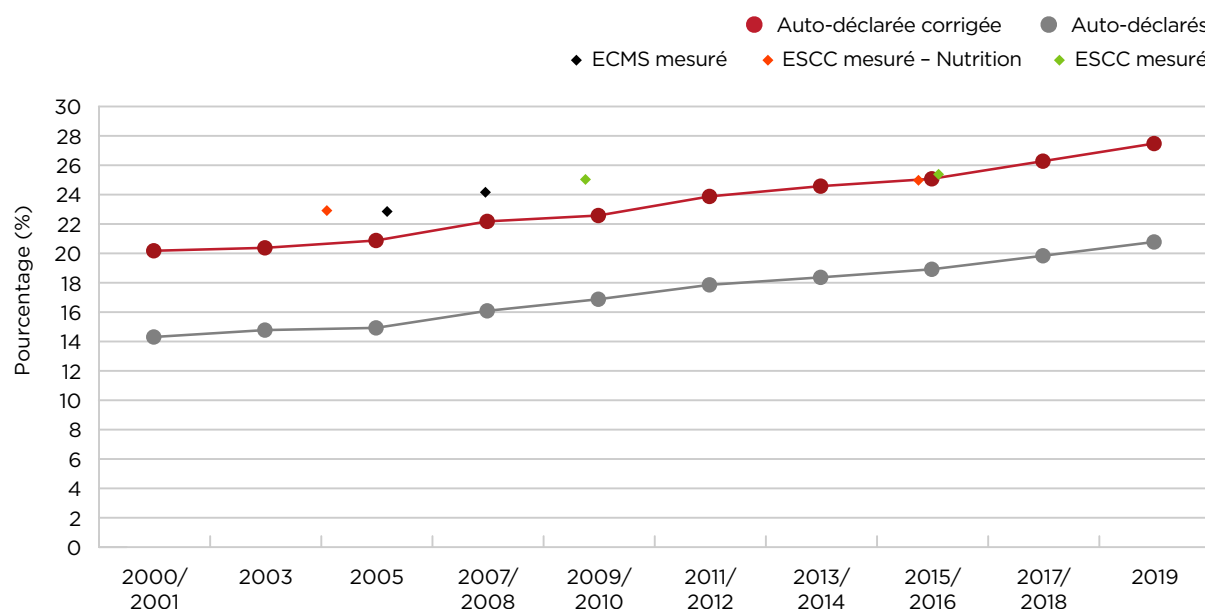
Les *figures 4.1* et *4.2* intègrent les données de tous les cycles disponibles de l'ESCC, de l'ESCC – Nutrition et de l'ECMS pour montrer les tendances canadiennes en matière d'obésité chez les hommes et les femmes en fonction des données auto-déclarées, des données auto-déclarées corrigées et des données mesurées. Pour les années les plus récentes, les estimations de l'IMC pour les deux sexes en fonction des données auto-déclarées corrigées sont similaires aux estimations fondées sur des données mesurées.

Figure 4.1 : Prévalence de l'obésité autodéclarée, autodéclarée ajustée, et mesurée, population des ménages âgée de 18 à 79 ans du sexe masculin, Canada 2000-2001 à 2019



SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000/2001-2019 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6).

Figure 4.2 : Prévalence de l'obésité autodéclarée, autodéclarée ajustée, et mesurée, population des ménages âgée de 18 à 79 ans du sexe féminin, Canada 2000-2001 à 2019



SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000/2001-2019 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6).

Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on applique ces facteurs de correction à des ensembles de données autres que ceux de l'ESCC. Le biais des données auto-déclarées peut être influencé par des facteurs tels que la méthode de collecte des données, la population étudiée et le contexte de l'enquête. En outre, le biais peut changer au fil du temps.

Le contexte de l'enquête peut influencer l'ampleur du biais dans une enquête. Par exemple, le biais de l'IMC fondé sur des valeurs auto-déclarées était similaire dans les cycles ESCC de 2005 et de 2008. Dans les deux enquêtes, les répondants ne savaient pas que la taille et le poids seraient mesurés ultérieurement (83). Le biais était beaucoup plus faible dans l'ECMS de 2007-2009, alors que les répondants déclaraient eux-mêmes leur taille et leur poids, ils savaient qu'ils seraient mesurés plus tard (83). Il peut ne pas être approprié d'appliquer des facteurs de correction dérivés d'une enquête auprès de répondants qui savaient qu'ils seraient ultérieurement mesurés aux données d'une enquête reposant uniquement sur des auto-déclarations.

Certaines études suggèrent que le biais dans les données sur la taille et le poids auto-déclarées peut changer au fil du temps. Selon des données canadiennes recueillies en 1986-1992 et en 2005, les biais liés à l'IMC ont augmenté en raison de la tendance croissante des femmes à sous-estimer leur poids et des hommes à surestimer leur taille (96).

Il faut poursuivre le travail afin de créer des facteurs de correction pour ajuster la taille et le poids auto-déclarés des adolescents (âgés de 12 à 17 ans) (82).

Une étude sur les estimations de l'obésité chez les enfants âgés de 6 à 11 ans, en fonction des données déclarées par les parents et des données mesurées, a révélé que les équations de correction pour les valeurs déclarées par les parents n'ont pas pu être mises au point avec succès (55).

Au fur et à mesure que les enquêtes nationales évoluent vers la collecte de données en ligne, il sera important de réévaluer les facteurs de correction.

ANNEXE C : Les tableaux de données d'accompagnement

Tableau A2.2 : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans ou plus, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) auto-déclaré corrigé, Canada à l'exception des territoires, 2021

	LES DEUX SEXES				HOMMES				FEMMES			
	Population (en milliers)	%		IC à 95 %	Population (en milliers)	%		IC à 95 %	Population (en milliers)	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus Catégorie d'IMC corrigé (catégorie de kg/m²)												
Total	28 425,8				14 249,4				14 176,4			
Insuffisance pondérale (< 18,5)	472,6	1,7		(1,4-1,9)	185,9	1,3	^E	(0,9-1,7)	286,7	2,0	*	(1,6-2,4)
Poids normal (18,5 à 24,9)	9 488,9	33,4		(32,5-34,2)	4 124,2	28,9		(27,7-30,1)	5 364,7	37,8	*	(36,7-39,0)
Embonpoint (25,0 à 29,9)	10 084,0	35,5		(34,6-36,4)	5 652,1	39,7		(38,3-41,0)	4 431,9	31,3	*	(30,1-32,4)
Obésité de classe I (30,0 à 34,9)	5 385,3	18,9		(18,3-19,6)	2 832,8	19,9		(18,9-20,9)	2 552,5	18,0	*	(17,1-18,9)
Obésité de classe II (35,0 à 39,9)	1 952,0	6,9		(6,4-7,3)	945,1	6,6		(6,0-7,3)	1 006,9	7,1		(6,5-7,7)
Obésité de classe III (≥ 40,0)	1 042,9	3,7		(3,3-4,0)	509,2	3,6		(3,1-4,1)	533,7	3,8		(3,4-4,2)
Obésité (≥ 30,0)	8 380,2	29,5		(28,6-30,3)	4 287,1	30,1		(28,9-31,3)	4 093,1	28,9		(27,8-30,0)
Embonpoint/obésité (≥ 25,0)	18 464,2	65,0		(64,1-65,8)	9 939,2	69,8		(68,5-71,0)	8 525,0	60,1	*	(58,9-61,3)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 15,0 % et 35,0 %; interpréter avec prudence.

NOTES : Les pourcentages sont fondés sur les enregistrements ayant une valeur valide pour l'IMC. Sont exclues du dénombrement de la population totale les femmes enceintes ($n=284$, population estimée à 278 200) et les personnes pour lesquelles il manque une valeur pour l'IMC ($n=828$ pour les hommes, population estimée à 613 900; $n=1 138$ pour les femmes, population estimée à 812 900).

Tableau A2.3 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021

GROUPE D'ÂGE (ANS)	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Total (18 ou +)	29,5		(28,6-30,3)	30,1		(28,9-31,3)	28,9		(27,8-30,0)
18 à 34	22,5	*	(20,7-24,3)	22,3	*	(19,8-24,8)	22,7	*	(20,3-25,2)
35 à 49	32,9		(31,1-34,6)	33,8		(31,3-36,3)	31,9		(29,7-34,1)
50 à 64 (référence)	33,7		(32,1-35,3)	36,4		(34,0-38,8)	31,1	^a	(28,9-33,3)
65 à 79	31,5		(30,1-32,8)	30,9	*	(28,8-32,9)	32,0		(30,1-33,8)
80 ans ou plus	21,2	*	(18,7-23,7)	19,6	*	(15,9-23,3)	22,4	*	(19,0-25,9)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

Tableau A2.4 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Total (18 ou +)	29,5		(28,6-30,3)	30,1		(28,9-31,3)	28,9		(27,8-30,0)
Quintile de revenu du ménage									
Quintile 1	29,7		(27,8-31,5)	28,3		(25,4-31,2)	30,8	*	(28,5-33,2)
Quintile 2	29,2		(27,4-31,0)	30,0		(27,2-32,8)	28,4		(26,2-30,7)
Quintile 3	29,2		(27,3-31,0)	28,8		(26,3-31,4)	29,5		(26,9-32,0)
Quintile 4	30,2		(28,4-32,1)	31,6		(28,9-34,3)	28,8		(26,1-31,4)
Quintile 5 (référence)	29,1		(27,4-30,9)	31,2		(28,8-33,6)	26,6	^a	(24,4-28,8)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

Tableau A2.5 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Total (18 ou +)	29,5		(28,7-30,3)	30,2		(29,0-31,4)	28,8		(27,8-29,9)
Niveau de scolarité le plus élevé du ménage									
Pas de diplôme d'études secondaires	35,1	*	(31,9-38,2)	33,5		(29,1-37,9)	36,5	*	(32,1-40,9)
Diplôme d'études secondaires (référence)	36,7	*	(34,4-39,0)	36,5	*	(32,9-40,1)	36,9	*	(33,9-39,8)
Certificat ou diplôme d'études post-secondaire ou diplôme universitaire	28,3		(27,4-29,2)	29,2		(27,9-30,5)	27,3	^a	(26,2-28,5)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

Tableau A2b : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la province ou le territoire, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Total (18 ou +)	28,1		(27,5-28,6)	28,8		(28,0-29,6)	27,4		(26,6-28,1)
Province									
Terre-Neuve-et-Labrador	40,3	*	(36,9-43,7)	40,9	*	(36,3-45,4)	39,8	*	(35,3-44,3)
Île-du-Prince-Édouard	35,9	*	(31,8-40,0)	34,4		(28,6-40,2)	37,1	*	(31,8-42,3)
Nouvelle-Écosse	34,6	*	(31,8-37,4)	35,4	*	(30,7-40,1)	33,8	*	(30,6-37,0)
Nouveau-Brunswick	36,3	*	(33,4-39,2)	33,2		(28,9-37,4)	39,4	*	(35,4-43,4)
Québec	25,8	*	(24,6-27,1)	26,5		(24,9-28,2)	25,0		(23,5-26,6)
Ontario	28,2		(27,3-29,2)	28,5		(27,1-30,0)	27,9		(26,7-29,2)
Manitoba	33,2	*	(30,9-35,5)	33,1	*	(29,7-36,5)	33,4	*	(30,2-36,6)
Saskatchewan	35,9	*	(33,4-38,5)	37,8	*	(34,3-41,3)	34,0	*	(30,4-37,7)
Alberta	29,8		(28,3-31,3)	31,9	*	(29,7-34,0)	27,4		(25,4-29,5)
Colombie-Britannique	23,2	*	(21,8-24,6)	24,6	*	(22,5-26,6)	21,8	*	(19,9-23,8)
Yukon	32,2		(26,5-37,8)	32,2		(26,5-37,8)	33,9		(25,6-42,3)
Territoires du Nord-Ouest	36,6	*	(30,2-43,1)	36,6		(28,6-44,7)	37,9	*	(29,5-46,2)
Nunavut	32,1	^E	(20,1-44,2)	24,5	^E	(10,3-38,7)	41,8	^E	(26,2-57,5)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2019-2020 (fichier de partage).

Tests de signification non effectués.

* Significativement différent du total global si l'on considère les intervalles de confiance ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 15,0 % et 35,0 %; interpréter avec prudence.

NOTE : Les taux sont normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011.

Tableau A2.6 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et la zone urbaine ou rurale, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Total (18 ou +)	29,5		(28,6–30,3)	30,1		(28,9–31,3)	28,9		(27,8–30,0)
Zone urbaine/rurale									
Urbaine (référence)	28,6		(27,7–29,6)	29,0		(27,6–30,4)	28,3		(27,0–29,5)
Zone rurale	33,6	*	(32,1–35,1)	35,0	*	(32,8–37,3)	32,0	* ^a	(30,1–34,0)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de la référence ($p < 0,05$)

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$)

Tableau A2.7 : Prévalence (%) de l'obésité (IMC autodéclaré et ajusté), taux bruts, parmi les Canadiens adultes de 18 ans et plus, par régions sociosanitaires, des deux sexes, 2015-2018

GÉOGRAPHIE	PRÉVALENCE (%)	IC À 95 %
Canada	26,7	26,3-27,1
Région du Bas-Saint-Laurent	25,3	22,3-28,3
Circonscription sanitaire du comté de Brant	31,9	28,3-35,5
Calgary Zone	24,2	22,7-25,7
Région de la Capitale-Nationale	22,4	20,4-24,3
Central Regional	40,3	36,8-43,9
Central Vancouver Island Health Service Delivery Area	22,9	20,0-25,8
Central Zone	33,6	31,5-35,8
Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	37,9	33,9-41,9
Région de la Chaudière-Appalaches	22,5	20,1-25,0
Circonscription sanitaire de la cité de Hamilton	27,2	23,9-30,5
Circonscription sanitaire de la ville d'Ottawa	23,1	20,9-25,4
Circonscription sanitaire de la cité de Toronto	19,6	17,9-21,3
Région de la Côte-Nord	34,9	31,5-38,3
Cypress Regional Health Authority	36,6	31,3-41,9
Circonscription sanitaire régionale de Durham	29,2	25,8-32,5
East Kootenay Health Service Delivery Area	29,0	24,3-33,7
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	32,6	28,6-36,6
Eastern Regional	38,7	36,0-41,3
Edmonton Zone	27,5	25,7-29,4
Circonscription sanitaire d'Elgin-St. Thomas	36,6	33,1-40,1
Five Hills Regional Health Authority	30,0	25,4-34,6
Fraser East Health Service Delivery Area	30,3	27,1-33,4
Fraser North Health Service Delivery Area	21,6	18,5-24,6
Fraser South Health Service Delivery Area	26,3	23,7-29,0
Région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	31,0	28,1-33,8
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	34,4	31,0-37,9
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	28,7	25,6-31,8
Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge	34,7	30,8-38,5
Circonscription sanitaire régionale de Halton	23,9	21,5-26,4

suite du **Tableau A2.7** à la page suivante

suite du **Tableau A2.7**

GÉOGRAPHIE	PRÉVALENCE (%)	IC À 95 %
Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	35,2	31,4-38,9
Heartland Regional Health Authority	35,9	30,2-41,7
Circonscription sanitaire du comté de Huron	34,1	29,4-38,9
Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est	37,9	34,7-41,2
Kelsey Trail Regional Health Authority	37,6	30,2-45,0
Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington	32,3	28,5-36,1
Kootenay-Boundary Health Service Delivery Area	27,8	23,9-31,7
Région de l'Abitibi-Témiscamingue	34,0	31,3-36,7
Région de l'Estrie	26,4	24,2-28,7
Région de l'Outaouais	27,3	25,2-29,4
Labrador-Grenfell Regional	46,1	42,3-49,9
Circonscription sanitaire de Lambton	30,5	26,9-34,1
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	34,5	29,7-39,4
Mamawetan/Keewatin/Athabasca	43,9	35,8-52,1
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec	29,0	27,0-30,9
Circonscription sanitaire de Middlesex-London	26,5	23,4-29,7
Montréal	28,2	26,1-30,3
Territoires du Nord-Ouest	40,2	36,9-43,6
Nunavut	33,7	30,0-37,5
Circonscription sanitaire régionale de Niagara	29,8	26,7-32,8
Région du Nord-du-Québec	30,4	26,0-34,7
Circonscription sanitaire du district de North Bay Parry Sound	31,7	28,3-35,0
North Shore/Coast Garibaldi Health Service Delivery Area	16,0	12,5-19,4
North Vancouver Island Health Service Delivery Area	29,6	26,4-32,9
North Zone	39,2	36,8-41,6
Northeast Health Service Delivery Area	36,8	31,4-42,1
Northern Interior Health Service Delivery Area	32,4	28,8-36,0
Office régional de la santé du Nord	40,3	36,7-44,0
Northwest Health Service Delivery Area	32,1	27,0-37,3
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	36,0	31,3-40,7
Okanagan Health Service Delivery Area	24,9	21,7-28,0
Circonscription sanitaire du comté d'Oxford	37,2	33,5-40,8
Circonscription sanitaire régionale de Peel	23,1	20,8-25,4

suite du **Tableau A2.7** à la page suivante

suite du **Tableau A2.7**

GÉOGRAPHIE	PRÉVALENCE (%)	IC À 95 %
Circonscription sanitaire du district de Perth	35,0	31,2-38,8
Circonscription sanitaire du comté et de la cité de Peterborough	33,7	29,0-38,4
Circonscription sanitaire de Porcupine	38,8	34,0-43,6
Santé de Prairie Mountain	37,0	33,6-40,4
Prairie North Regional Health Authority	32,9	29,1-36,6
Prince Albert Parkland Regional Health Authority	37,4	33,0-41,8
Île-du-Prince-Édouard	32,9	30,8-35,0
Regina Qu'Appelle Regional Health Authority	32,2	28,8-35,5
Région de Lanaudière	28,9	25,8-32,0
Région de Laval	25,2	22,9-27,5
Région de Montréal	20,6	18,9-22,3
Région des Laurentides	24,9	22,8-26,9
Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	34,0	30,0-38,0
Richmond Health Service Delivery Area	11,9	9,8-14,0
Région du Saguenay—Lac-Saint-Jean	24,5	21,8-27,2
Saskatoon Regional Health Authority	30,0	27,2-32,8
Circonscription sanitaire du district de Simcoe Muskoka	31,7	28,3-35,2
South Vancouver Island Health Service Delivery Area	19,9	17,3-22,4
South Zone	32,6	30,2-35,0
Southern Health—Santé Sud	33,9	31,0-36,7
Circonscription sanitaire de Sudbury et son district	33,0	29,8-36,2
Sun Country Regional Health Authority	34,9	30,7-39,1
Sunrise Regional Health Authority	41,9	36,6-47,1
Circonscription sanitaire du district d'Algoma	36,3	33,2-39,4
Thompson/Cariboo Health Service Delivery Area	29,2	26,1-32,3
Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	35,5	32,3-38,7
Circonscription sanitaire de Timiskaming	41,2	36,0-46,4
Vancouver Health Service Delivery Area	11,6	9,7-13,4
Circonscription sanitaire de Waterloo	29,0	25,6-32,3
Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	29,0	26,1-31,9
Western Regional	44,9	40,9-48,9
Circonscription sanitaire de Windsor-comté d'Essex	32,7	29,6-35,8
Office régional de la santé de Winnipeg	26,5	24,4-28,5

suite du **Tableau A2.7** à la page suivante

suite du **Tableau A2.7**

GÉOGRAPHIE	PRÉVALENCE (%)	IC À 95 %
Yukon	34,4	31,7-37,2
Circonscription sanitaire régionale de York	19,4	17,2-21,7
Zone 1 (région de Moncton)	37,9	34,3-41,4
Zone 1 - Western	37,3	34,4-40,3
Zone 2 (région de Saint John)	38,2	34,2-42,1
Zone 2 - Northern	37,7	34,4-41,0
Zone 3 (région de Fredericton)	37,0	33,3-40,8
Zone 3 - Eastern	38,7	35,4-42,0
Zone 4 (région d'Edmundston)	38,3	33,2-43,5
Zone 4 - Central	30,5	28,1-32,8
Zone 5 (région de Campbellton)	39,7	32,3-47,1
Zone 6 (région de Bathurst)	33,2	29,5-36,9
Zone 7 (région de Miramichi)	41,2	35,4-47,0

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015-2018

NOTES : Prévalence (%) de l'obésité (IMC autodéclaré et ajusté), taux bruts, parmi les Canadiens adultes de 18 ans et plus, par régions sociosanitaires, des deux sexes, 2015-2018. Données d'Atlas des facteurs de risque au Canada (2015-2018).

Tableau A2.8a : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus									
Période		d			d			d	
2000-2001	20,6		(20,2-21,0)	21,2		(20,6-21,7)	20,0		(19,5-20,5)
2003	21,2	a	(20,8-21,6)	22,2	a	(21,7-22,8)	20,1		(19,6-20,6)
2005	21,9	ab	(21,5-22,3)	23,1	ab	(22,5-23,6)	20,7		(20,2-21,2)
2007-2008	23,2	abc	(22,8-23,6)	24,3	abc	(23,8-24,9)	22,1	abc	(21,6-22,6)
2009-2010	23,8	abc	(23,4-24,3)	25,2	abc	(24,6-25,9)	22,4	bc	(21,8-23,0)
2011-2012	24,8	abc	(24,3-25,2)	26,0	bc	(25,3-26,6)	23,6	abc	(22,9-24,2)
2013-2014	26,1	abc	(25,6-26,6)	27,9	abc	(27,1-28,6)	24,4	bc	(23,7-25,0)
2015-2016	26,4	bc	(26,0-26,9)	28,1	bc	(27,4-28,8)	24,8	bc	(24,1-25,4)
2017-2018	26,9	bc	(26,4-27,4)	27,9	c	(27,2-28,6)	25,9	abc	(25,3-26,6)
2019-2020	28,2	abc	(27,7-28,7)	28,7		(28,0-29,5)	27,7	abc	(26,9-28,4)

suite du **Tableau A2.8a** à la page suivante

suite du **Tableau A2.8a**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes âgés de 18 à 79 ans									
Période		d			d			d	
2000-2001	20,8		(20,4-21,2)	21,4		(20,8-21,9)	20,2		(19,7-20,7)
2003	21,4	a	(21,0-21,8)	22,5	a	(21,9-23,0)	20,4		(19,9-20,9)
2005	22,1	ab	(21,7-22,5)	23,3	ab	(22,8-23,9)	20,9		(20,4-21,4)
2007-2008	23,4	abc	(23,0-23,8)	24,6	abc	(24,0-25,2)	22,2	abc	(21,7-22,8)
2009-2010	24,1	abc	(23,6-24,5)	25,5	bc	(24,8-26,2)	22,6	bc	(22,0-23,2)
2011-2012	25,1	abc	(24,6-25,6)	26,3	bc	(25,6-26,9)	23,9	abc	(23,2-24,6)
2013-2014	26,4	abc	(25,9-26,9)	28,2	abc	(27,4-29,0)	24,6	bc	(23,9-25,2)
2015-2016	26,7	bc	(26,3-27,2)	28,4	bc	(27,6-29,1)	25,1	bc	(24,4-25,7)
2017-2018	27,2	bc	(26,7-27,7)	28,2	c	(27,5-28,9)	26,1	abc	(25,4-26,8)
2019-2020	28,5	abc	(28,0-29,1)	29,1		(28,3-29,9)	28,0	abc	(27,2-28,7)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

Tests de signification effectués.

^a Significativement différent de la période 1

^b Significativement différent de la période 2

^c Significativement différent de la période 3

^d Tendance significative à la hausse dans le temps

Tableau A2.8b : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus									
Période									
2000-2001	20,9		(20,6-21,3)	21,4		(20,8-21,9)	20,4		(19,9-20,9)
2003	21,5		(21,1-21,8)	22,4		(21,8-22,9)	20,4		(19,9-20,9)
2005	22,1		(21,7-22,4)	23,1		(22,6-23,7)	20,9		(20,3-21,4)
2007-2008	23,3		(22,9-23,6)	24,4		(23,8-25,0)	22,1		(21,5-22,6)
2009-2010	23,8		(23,4-24,3)	25,3		(24,6-25,9)	22,3		(21,7-22,9)
2011-2012	24,7		(24,2-25,2)	25,9		(25,3-26,6)	23,4		(22,8-24,1)
2013-2014	26,0		(25,5-26,5)	27,9		(27,1-28,6)	24,1		(23,4-24,7)
2015-2016	26,3		(25,8-26,8)	28,0		(27,3-28,8)	24,5		(23,9-25,2)
2017-2018	26,8		(26,3-27,3)	27,9		(27,2-28,5)	25,6		(24,9-26,3)
2019-2020	28,1		(27,5-28,6)	28,8		(28,0-29,6)	27,3		(26,6-28,1)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage)

Tableau A2.9 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
De 18 à 34 ans									
Période		d			d			d	
2000-2001	15,1		(14,5-15,7)	16,3		(15,4-17,2)	13,8		(13,0-14,6)
2003	15,7		(15,1-16,3)	17,5		(16,6-18,5)	13,7		(12,8-14,5)
2005	15,7		(15,2-16,3)	17,2		(16,4-18,0)	14,1		(13,4-14,9)
2007-2008	16,4	c	(15,7-17,0)	17,8	c	(16,9-18,8)	14,8		(14,0-15,6)
2009-2010	17,1	bc	(16,3-17,9)	18,8	b	(17,7-20,0)	15,2	c	(14,2-16,2)
2011-2012	16,7		(15,9-17,5)	17,3		(16,1-18,5)	16,0	c	(15,0-17,1)
2013-2014	18,8	abc	(18,0-19,7)	21,1	abc	(19,7-22,4)	16,4	c	(15,3-17,4)
2015-2016	18,3	bc	(17,5-19,2)	19,2	ab	(17,9-20,4)	17,4	c	(16,3-18,5)
2017-2018	19,3	c	(18,4-20,1)	20,0	c	(18,7-21,2)	18,5	bc	(17,3-19,6)
2019-2020	20,8	abc	(19,7-21,9)	20,8		(19,2-22,3)	20,9	abc	(19,4-22,3)
De 35 à 49 ans									
Période		d			d			d	
2000-2001	21,6		(20,9-22,2)	23,0		(22,1-23,9)	20,1		(19,2-21,0)
2003	21,3		(20,6-22,0)	23,1		(22,1-24,1)	19,4		(18,4-20,4)
2005	22,7	ab	(22,0-23,5)	25,4	ab	(24,2-26,6)	19,9		(19,0-20,9)
2007-2008	24,0	abc	(23,2-24,8)	26,1	bc	(24,9-27,2)	21,9	abc	(20,7-23,0)
2009-2010	24,6	bc	(23,7-25,5)	27,3	bc	(25,9-28,7)	21,8	bc	(20,6-23,1)
2011-2012	27,4	abc	(26,4-28,4)	30,3	abc	(28,9-31,7)	24,3	abc	(22,9-25,7)
2013-2014	27,9	bc	(26,7-29,0)	31,3	bc	(29,5-33,0)	24,3	bc	(22,9-25,7)
2015-2016	29,7	abc	(28,6-30,8)	32,9	bc	(31,3-34,4)	26,4	abc	(25,1-27,8)
2017-2018	29,8	bc	(28,7-30,9)	31,3		(29,8-32,8)	28,3	bc	(26,8-29,7)
2019-2020	31,0	c	(29,8-32,2)	32,1		(30,4-33,8)	29,8	bc	(28,2-31,4)

suite du **Tableau A2.9** à la page suivante

suite du **Tableau A2.9**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
De 50 à 64 ans									
Période		d			d			d	
2000-2001	26,6		(25,7-27,4)	26,5		(25,3-27,7)	26,7		(25,5-27,8)
2003	27,7		(26,9-28,6)	28,0		(26,8-29,2)	27,4		(26,3-28,6)
2005	27,9	b	(27,0-28,7)	28,4	b	(27,2-29,7)	27,3		(26,1-28,4)
2007-2008	29,2	abc	(28,3-30,0)	30,2	abc	(29,0-31,5)	28,1		(27,0-29,2)
2009-2010	29,5	bc	(28,4-30,5)	30,5	bc	(29,0-32,0)	28,4		(27,1-29,7)
2011-2012	30,4	bc	(29,4-31,5)	31,8	c	(30,3-33,3)	29,1	c	(27,7-30,6)
2013-2014	31,3	bc	(30,4-32,3)	32,5	c	(31,1-33,9)	30,2	bc	(28,9-31,5)
2015-2016	31,4	c	(30,4-32,3)	33,6	c	(32,3-35,0)	29,0		(27,7-30,3)
2017-2018	31,6		(30,6-32,6)	33,5		(32,2-34,8)	29,6		(28,2-30,9)
2019-2020	33,2	abc	(32,2-34,3)	34,3		(32,8-35,8)	32,1	ab	(30,6-33,6)
De 65 à 79 ans									
Période		d			d			d	
2000-2001	22,5		(21,6-23,5)	20,9		(19,6-22,3)	23,9		(22,5-25,2)
2003	23,5		(22,6-24,5)	22,5		(21,1-23,9)	24,5		(23,3-25,7)
2005	24,6	b	(23,7-25,4)	22,9	b	(21,7-24,2)	26,0	b	(24,8-27,2)
2007-2008	26,8	abc	(25,8-27,8)	26,3	abc	(24,8-27,8)	27,2	bc	(26,0-28,5)
2009-2010	27,3	bc	(26,4-28,2)	26,6	bc	(25,2-28,1)	27,9	bc	(26,7-29,2)
2011-2012	27,7	c	(26,7-28,7)	27,0	c	(25,5-28,5)	28,2	c	(26,9-29,6)
2013-2014	29,0	abc	(28,1-30,0)	29,0	abc	(27,7-30,4)	29,1	c	(27,8-30,4)
2015-2016	29,3	bc	(28,3-30,4)	29,1	bc	(27,7-30,6)	29,5		(28,1-31,0)
2017-2018	29,9	c	(28,9-30,8)	29,6	c	(28,3-31,0)	30,1		(28,8-31,4)
2019-2020	30,4	c	(29,5-31,3)	30,9		(29,4-32,3)	30,0		(28,8-31,2)

suite du **Tableau A2.9** à la page suivante

suite du **Tableau A2.9**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
80 ans ou plus									
Période		d			d			d	
2000-2001	14,9		(13,3-16,4)	12,7		(10,4-15,0)	16,2		(14,1-18,3)
2003	13,8		(12,6-15,1)	12,7		(10,6-14,8)	14,5		(12,9-16,0)
2005	15,6		(14,1-17,1)	13,4		(11,2-15,5)	17,0	a	(15,0-18,9)
2007-2008	17,1	bc	(15,6-18,5)	14,0		(11,7-16,3)	19,1	bc	(17,2-21,0)
2009-2010	17,1	c	(15,7-18,6)	15,6		(13,5-17,8)	18,0	c	(16,1-19,9)
2011-2012	16,3		(14,9-17,7)	15,9		(13,6-18,2)	16,6		(14,7-18,4)
2013-2014	18,8	a	(17,3-20,3)	16,6		(14,5-18,6)	20,3	a	(18,2-22,4)
2015-2016	17,6		(16,2-19,0)	17,4		(15,0-19,7)	17,8		(15,9-19,7)
2017-2018	20,0	ac	(18,4-21,5)	18,1		(15,7-20,5)	21,4	ac	(19,3-23,4)
2019-2020	20,2	b	(18,6-21,8)	19,2		(16,9-21,6)	21,0	b	(18,8-23,1)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

Tests de signification effectués.

^a Significativement différent de la période 1

^b Significativement différent de la période 2

^c Significativement différent de la période 3

^d Tendence significative à la hausse dans le temps

Tableau A2.10 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le quintile de revenu du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Quintile 1 de revenu du ménage									
Période		d			d			d	
2000-2001	21,7		(20,9-22,6)	19,1		(17,8-20,4)	23,6		(22,5-24,7)
2003	22,2		(21,3-23,2)	20,6		(19,2-22,1)	23,4		(22,2-24,6)
2005	21,7		(20,9-22,5)	20,1		(18,8-21,4)	22,9		(21,8-24,0)
2007-2008	23,6	ac	(22,5-24,6)	22,5	ac	(20,7-24,4)	24,3		(23,1-25,6)
2009-2010	23,5	b	(22,5-24,6)	21,4		(19,8-22,9)	25,1	b	(23,7-26,5)
2011-2012	23,7	c	(22,7-24,7)	21,6		(20,0-23,2)	25,2	c	(23,8-26,7)
2013-2014	25,5	abc	(24,4-26,7)	24,8	ab	(22,9-26,7)	26,1		(24,6-27,6)
2015-2016	26,7	bc	(25,6-27,9)	25,5	bc	(23,7-27,3)	27,7	bc	(26,3-29,2)
2017-2018	27,3	bc	(26,3-28,4)	24,6	c	(23,1-26,2)	29,5	bc	(28,0-30,9)
2019-2020	28,3	c	(27,0-29,5)	26,2		(24,3-28,1)	29,9	bc	(28,4-31,5)
Quintile 2 de revenu du ménage									
Période		d			d			d	
2000-2001	22,1		(21,3-23,0)	21,6		(20,3-22,8)	22,7		(21,5-23,9)
2003	22,8		(21,8-23,8)	23,1		(21,7-24,5)	22,5		(21,2-23,8)
2005	21,8		(20,9-22,6)	21,1	a	(20,0-22,3)	22,3		(21,2-23,4)
2007-2008	22,9		(22,0-23,8)	22,1		(20,8-23,5)	23,6		(22,4-24,8)
2009-2010	23,4	b	(22,3-24,4)	24,0	b	(22,4-25,5)	22,8		(21,5-24,1)
2011-2012	24,1	c	(23,0-25,2)	23,6	c	(22,0-25,2)	24,5	c	(23,0-25,9)
2013-2014	26,3	abc	(25,2-27,4)	26,5	abc	(24,8-28,3)	26,0	bc	(24,6-27,5)
2015-2016	26,3	bc	(25,2-27,4)	27,2	bc	(25,6-28,8)	25,5	c	(24,0-27,0)
2017-2018	27,3	c	(26,2-28,4)	26,8	c	(25,1-28,5)	27,9	ac	(26,4-29,3)
2019-2020	28,1	bc	(26,8-29,5)	27,6		(25,6-29,7)	28,6	bc	(26,9-30,2)

suite du **Tableau A2.10** à la page suivante

suite du **Tableau A2.10**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Quintile 3 de revenu du ménage									
Période		d			d			d	
2000-2001	20,7		(19,8-21,6)	21,5		(20,3-22,8)	19,8		(18,5-21,0)
2003	22,0	a	(21,1-22,9)	23,1		(21,8-24,4)	20,8		(19,5-22,2)
2005	22,8	b	(21,9-23,6)	24,8	b	(23,4-26,1)	20,8		(19,7-21,8)
2007-2008	23,4	bc	(22,5-24,2)	24,2	c	(22,8-25,6)	22,5	c	(21,3-23,8)
2009-2010	24,2	bc	(23,2-25,3)	25,0		(23,5-26,5)	23,5	bc	(22,1-24,9)
2011-2012	25,2	bc	(24,1-26,3)	26,0		(24,5-27,5)	24,4	bc	(23,0-25,8)
2013-2014	26,9	abc	(25,8-28,0)	28,4	abc	(26,7-30,1)	25,4	bc	(24,0-26,8)
2015-2016	26,1	c	(25,0-27,2)	27,7	c	(26,2-29,3)	24,5		(23,0-26,0)
2017-2018	28,0	ac	(26,9-29,1)	29,1	c	(27,5-30,7)	26,8	ac	(25,3-28,3)
2019-2020	28,1	b	(26,8-29,4)	28,6		(26,8-30,4)	27,6	b	(25,9-29,4)
Quintile 4 de revenu du ménage									
Période		d			d			d	
2000-2001	20,5		(19,7-21,4)	22,0		(20,9-23,2)	18,8		(17,7-20,0)
2003	20,4		(19,5-21,2)	22,6		(21,4-23,8)	17,7		(16,5-19,0)
2005	22,3	ab	(21,4-23,3)	24,5	ab	(23,2-25,9)	19,9	a	(18,6-21,2)
2007-2008	23,4	bc	(22,5-24,3)	25,9	bc	(24,6-27,3)	20,6	bc	(19,4-21,7)
2009-2010	23,6	bc	(22,7-24,6)	27,1	bc	(25,7-28,6)	19,7	c	(18,4-20,9)
2011-2012	25,0	bc	(23,9-26,1)	27,0	c	(25,6-28,5)	22,7	abc	(21,2-24,1)
2013-2014	26,1	bc	(25,1-27,2)	28,8	c	(27,2-30,5)	23,1	bc	(21,7-24,6)
2015-2016	26,9	bc	(25,9-28,0)	29,8	bc	(28,3-31,4)	23,8	c	(22,4-25,1)
2017-2018	26,9	c	(25,9-27,9)	30,1	c	(28,6-31,6)	23,4		(22,1-24,8)
2019-2020	28,8	abc	(27,5-30,0)	30,6		(28,8-32,4)	26,7	abc	(25,1-28,4)

suite du **Tableau A2.10** à la page suivante

suite du **Tableau A2.10**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Quintile 5 de revenu du ménage									
Période		d			d			d	
2000-2001	19,8		(19,0-20,6)	22,5		(21,4-23,5)	16,1		(15,0-17,2)
2003	20,4		(19,5-21,2)	23,1		(21,9-24,2)	16,6		(15,4-17,7)
2005	20,9	b	(20,1-21,7)	23,8		(22,7-24,9)	17,0		(16,0-18,1)
2007-2008	22,9	abc	(22,0-23,7)	26,0	abc	(24,8-27,2)	18,7	abc	(17,5-19,8)
2009-2010	24,3	abc	(23,3-25,4)	27,4	bc	(26,0-28,7)	20,3	bc	(18,9-21,7)
2011-2012	25,8	bc	(24,7-26,9)	29,8	abc	(28,3-31,4)	20,7	bc	(19,2-22,1)
2013-2014	25,8	bc	(24,8-26,8)	29,6	bc	(28,2-31,1)	20,6	c	(19,3-21,8)
2015-2016	26,1	c	(25,1-27,1)	29,2		(27,8-30,6)	21,9		(20,6-23,2)
2017-2018	25,1		(24,1-26,1)	28,2		(26,8-29,5)	21,5		(20,2-22,7)
2019-2020	27,7	abc	(26,5-28,9)	30,0		(28,4-31,6)	25,0	abc	(23,3-26,6)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

Tests de signification effectués.

- ^a Significativement différent de la période 1
- ^b Significativement différent de la période 2
- ^c Significativement différent de la période 3
- ^d Tendence significative à la hausse dans le temps

Tableau A2.11 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée, selon le sexe et le plus haut niveau de scolarité du ménage, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Pas de diplôme d'études secondaires									
Période		d			d			d	
2000-2001	26,0		(25,1-26,9)	23,8		(22,3-25,2)	27,9		(26,7-29,1)
2003	27,9	a	(26,7-29,0)	25,8		(24,1-27,6)	29,5		(28,0-30,9)
2005	28,7	b	(27,6-29,8)	26,3	b	(24,6-28,1)	30,5	b	(28,9-32,1)
2007-2008	29,3	c	(27,9-30,6)	27,0	c	(24,7-29,3)	31,1	c	(29,5-32,8)
2009-2010	29,5		(28,1-30,9)	26,6		(24,5-28,7)	31,8		(29,9-33,7)
2011-2012	31,7	abc	(30,0-33,4)	28,8		(26,4-31,2)	34,0	bc	(31,8-36,2)
2013-2014	31,0		(29,5-32,6)	29,0		(26,6-31,3)	32,7		(30,7-34,8)
2015-2016	32,8	c	(31,3-34,4)	32,1	c	(29,6-34,6)	33,4		(31,4-35,4)
2017-2018	33,3	b	(31,6-34,9)	30,8		(28,1-33,4)	35,4		(33,2-37,6)
2019-2020	33,6	c	(31,7-35,5)	31,5		(28,9-34,0)	35,3		(32,9-37,8)
Diplôme d'études secondaires									
Période		d			d			d	
2000-2001	21,3		(20,5-22,0)	21,8		(20,6-23,0)	20,8		(19,7-21,8)
2003	23,3	a	(22,4-24,2)	24,4	a	(23,0-25,7)	22,3		(21,0-23,6)
2005	25,2	abc	(24,3-26,1)	25,4	b	(24,1-26,7)	25,1	ab	(23,8-26,3)
2007-2008	25,5	bc	(24,5-26,5)	25,7	c	(24,3-27,2)	25,3	bc	(23,9-26,7)
2009-2010	26,5	c	(25,3-27,8)	26,2		(24,4-28,0)	26,8	c	(25,2-28,4)
2011-2012	28,0	bc	(26,7-29,3)	27,5		(25,7-29,3)	28,5	bc	(26,7-30,3)
2013-2014	30,2	abc	(29,0-31,4)	31,2	abc	(29,4-33,0)	29,2	bc	(27,6-30,8)
2015-2016	30,8	bc	(29,6-32,0)	30,7	bc	(28,9-32,5)	30,9	c	(29,2-32,5)
2017-2018	30,3	c	(29,1-31,5)	30,8	c	(29,0-32,5)	29,8		(28,2-31,4)
2019-2020	32,3	ac	(30,9-33,7)	32,3		(30,3-34,3)	32,3	c	(30,4-34,2)

suite du **Tableau A2.11** à la page suivante

suite du **Tableau A2.11**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Certificat ou diplôme d'études post-secondaires ou diplôme universitaire									
Période		d			d			d	
2000-2001	19,4		(18,9-19,8)	20,5		(19,8-21,1)	18,2		(17,6-18,8)
2003	19,8		(19,3-20,2)	21,2		(20,5-21,9)	18,3		(17,7-18,8)
2005	20,7	ab	(20,2-21,2)	22,6	ab	(21,9-23,3)	18,9		(18,3-19,4)
2007-2008	22,4	abc	(21,9-22,8)	24,1	abc	(23,4-24,9)	20,6	abc	(20,0-21,2)
2009-2010	22,8	bc	(22,2-23,3)	25,1	bc	(24,3-25,9)	20,4	bc	(19,8-21,1)
2011-2012	24,0	abc	(23,4-24,6)	25,7	bc	(24,9-26,5)	22,3	abc	(21,5-23,1)
2013-2014	24,9	abc	(24,3-25,5)	27,1	abc	(26,2-28,0)	22,6	bc	(21,9-23,3)
2015-2016	25,2	bc	(24,6-25,7)	27,4	bc	(26,6-28,2)	22,9	c	(22,2-23,6)
2017-2018	25,8	bc	(25,2-26,4)	27,3	c	(26,5-28,1)	24,3	abc	(23,5-25,1)
2019-2020	27,3	abc	(26,6-27,9)	28,1		(27,2-29,0)	26,4	abc	(25,6-27,2)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

Tests de signification effectués.

- ^a Significativement différent de la période 1
- ^b Significativement différent de la période 2
- ^c Significativement différent de la période 3
- ^d Tendance significative à la hausse dans le temps

Tableau A2.12a : Prévalence de l'obésité de classe III auto-déclarée corrigée, selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus									
Période		d			d			d	
2000-2001	1,6		(1,5-1,7)	1,3		(1,1-1,4)	2,0		(1,8-2,1)
2003	1,8	a	(1,7-1,9)	1,6	a	(1,4-1,8)	2,0		(1,9-2,2)
2005	1,9	b	(1,8-2,1)	1,5	b	(1,4-1,7)	2,4	ab	(2,2-2,5)
2007-2008	2,3	abc	(2,2-2,4)	1,8	ac	(1,6-2,0)	2,8	abc	(2,6-3,0)
2009-2010	2,4	bc	(2,2-2,5)	2,0	bc	(1,8-2,2)	2,8	bc	(2,6-3,0)
2011-2012	2,5	bc	(2,4-2,7)	2,0	c	(1,8-2,2)	3,1	c	(2,8-3,3)
2013-2014	2,8	abc	(2,6-3,0)	2,3	abc	(2,1-2,6)	3,3	bc	(3,0-3,5)
2015-2016	2,9	bc	(2,7-3,0)	2,4	bc	(2,2-2,6)	3,4	c	(3,1-3,6)
2017-2018	3,2	abc	(3,0-3,4)	2,6	c	(2,4-2,9)	3,8	abc	(3,6-4,1)
2019-2020	3,5	bc	(3,2-3,7)	2,9	bc	(2,6-3,2)	4,0	bc	(3,6-4,3)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

Tests de signification effectués.

- ^a Significativement différent de la période 1
- ^b Significativement différent de la période 2
- ^c Significativement différent de la période 3
- ^d Tendence significative à la hausse dans le temps

Tableau A2.12b : Prévalence de l'obésité de classe III auto-déclarée corrigée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2000-2001 à 2019-2020

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus									
Période									
2000-2001	1,6		(1,5-1,7)	1,3		(1,1-1,4)	2,0		(1,8-2,1)
2003	1,8		(1,7-2,0)	1,6		(1,4-1,8)	2,1		(1,9-2,3)
2005	1,9		(1,8-2,0)	1,5		(1,3-1,6)	2,4		(2,2-2,5)
2007-2008	2,3		(2,1-2,4)	1,8		(1,6-1,9)	2,8		(2,6-3,0)
2009-2010	2,4		(2,2-2,5)	2,0		(1,8-2,2)	2,8		(2,5-3,0)
2011-2012	2,5		(2,4-2,7)	2,0		(1,8-2,2)	3,0		(2,8-3,3)
2013-2014	2,8		(2,6-3,0)	2,3		(2,1-2,6)	3,3		(3,0-3,5)
2015-2016	2,9		(2,7-3,0)	2,4		(2,2-2,6)	3,4		(3,1-3,6)
2017-2018	3,2		(3,0-3,4)	2,6		(2,4-2,9)	3,9		(3,6-4,1)
2019-2020	3,5		(3,2-3,7)	3,0		(2,6-3,3)	4,0		(3,6-4,3)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2019-2020 (fichiers de partage).

Tableau A2.13a : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus									
Période									
2004	23,1		(21,7-24,6)	22,9		(20,6-25,1)	23,4		(21,4-25,3)
2005	24,3		(22,0-26,6)	25,6		(22,4-28,8)	23,0		(20,3-25,8)
2008	25,4	*	(23,6-27,2)	26,4	*	(23,7-29,0)	24,4		(21,9-27,0)
2015	26,6	*	(24,9-28,4)	28,4	*	(25,8-31,0)	24,9		(22,7-27,1)
Adultes âgés de 18 à 79 ans									
Période									
2004	23,2		(21,7-24,7)	23,1		(20,8-25,4)	23,3		(21,3-25,3)
2005	24,6		(22,3-27,0)	25,9		(22,7-29,2)	23,3		(20,4-26,2)
2008	25,3		(23,4-27,2)	26,4		(23,7-29,1)	24,2		(21,5-26,8)
2007-2009/ 2009-2011/ 2012-2013	25,6		(23,3-27,8)	26,0		(23,5-28,6)	25,1		(22,2-28,0)
2015	27,0	*	(25,2-28,8)	28,8	*	(26,1-31,4)	25,2		(22,9-27,5)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	26,5	*	(23,6-29,3)	27,3	*	(24,2-30,5)	25,5		(22,3-28,8)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

Tableau A2.13b : Prévalence de l'obésité mesurée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Période									
2004	23,6		(22,1-25,1)	23,7		(21,4-26,0)	23,5		(21,6-25,4)
2005	24,8		(22,5-27,1)	26,2		(23,0-29,5)	23,3		(20,4-26,1)
2008	25,1		(23,3-27,0)	26,5		(23,8-29,2)	23,6		(21,1-26,2)
2007-2009/ 2009-2011/ 2012-2013	25,5		(23,4-27,7)	26,2		(23,7-28,7)	25,0		(22,1-27,8)
2015	26,3		(24,5-28,2)	28,4		(25,7-31,1)	24,4		(22,1-26,7)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	26,1		(23,4-28,9)	27,2		(24,1-30,3)	25,1		(21,9-28,2)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

NOTE : Les taux ont été standardisés selon l'âge en utilisant la population canadienne de 2011.

Tableau A2.14a : Prévalence de l'obésité de classe III mesurée, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Adultes de 18 ans ou plus									
Période									
2004	2,7		(2,2-3,2)	1,6	^E	(1,1-2,1)	3,8		(2,9-4,7)
2005	2,1		(1,5-2,8)	1,2	^E	(0,5-1,9)	3,1	^E	(1,9-4,3)
2008	2,4		(1,8-2,9)	1,3	^E	(0,8-1,8)	3,5		(2,4-4,5)
2015	2,8		(2,3-3,3)	1,9		(1,3-2,5)	3,7		(2,9-4,5)
Adultes âgés de 18 à 79 ans									
Période									
2004	2,8		(2,2-3,3)	1,6	^E	(1,1-2,2)	3,9		(3,0-4,8)
2005	2,2	^E	(1,5-2,9)	1,2	^E	(0,5-1,9)	3,1	^E	(1,9-4,3)
2008	2,3		(1,7-2,8)	1,3	^E	(0,8-1,8)	3,2		(2,2-4,2)
2007-2009/ 2009-2011/2012-2013	3,4	^{ab}	(2,8-4,0)	2,1		(1,5-2,6)	4,8		(3,5-6,0)
2015	2,9		(2,4-3,4)	2,0		(1,4-2,6)	3,9		(3,0-4,7)
2014-2015/ 2016-2017/2018-2019	4,0	^{ac *}	(3,0-4,9)	3,2	^{Ec *}	(1,8-4,6)	4,8	^c	(3,8-5,8)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

Tests de signification effectués.

^a Significativement différent de la période 1 ($p < 0,05$)

^b Significativement différent de la période 2 ($p < 0,05$)

^c Significativement différent de la période 3 ($p < 0,05$)

^{*} Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence

Tableau A2.14b : Prévalence de l'obésité de classe III mesurée (standardisée pour l'âge), selon le sexe, population à domicile âgée de 18 à 79 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Période									
2004	2,8		(2,3-3,3)	1,7		(1,1-2,2)	3,9		(3,0-4,7)
2005	2,2	^E	(1,5-2,9)	1,3	^E	(0,5-2,0)	3,1	^E	(1,9-4,4)
2008	2,2		(1,7-2,8)	1,3	^E	(0,8-1,8)	3,2		(2,2-4,2)
2007-2009/ 2009-2011/ 2012-2013	3,4		(2,8-4,0)	2,1		(1,5-2,6)	4,8		(3,6-5,9)
2015	2,9		(2,4-3,4)	2,0	^E	(1,3-2,6)	3,9		(3,0-4,8)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	4,0		(3,1-4,9)	3,2	^E	(1,9-4,6)	4,8		(3,8-5,7)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

NOTE : Les taux ont été standardisés selon l'âge en utilisant la population canadienne de 2011.

Tableau A2.16 : Prévalence de l'obésité auto-déclarée corrigée chez les peuples autochtones/non autochtones (vivant hors réserve), selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2021

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Groupe d'âge (ans)									
Total (18 ou +)									
Autochtones	43,8	*	(39,2-48,5)	45,6	*	(38,1-53,0)	41,9	*	(36,7-47,2)
Non-Autochtones	29,1		(28,3-30,0)	29,6		(28,4-30,9)	28,6		(27,5-29,7)
18 à 34									
Autochtones	36,3	*	(28,9-43,7)	36,2	^E *	(25,5-47,0)	36,4	*	(26,7-46,1)
Non-Autochtones	22,1		(20,3-23,9)	21,9		(19,3-24,4)	22,3		(19,8-24,8)
35 à 49									
Autochtones	56,4	*	(46,5-66,4)	58,4	*	(43,0-73,8)	54,2	*	(43,2-65,2)
Non-Autochtones	32,2		(30,5-33,9)	33,0		(30,5-35,6)	31,4		(29,2-33,6)
50 à 64									
Autochtones	43,7	*	(34,7-52,6)	47,0	^E	(31,6-62,3)	40,3		(31,2-49,5)
Non-Autochtones	33,5		(31,8-35,1)	36,0		(33,5-38,4)	31,0	^a	(28,7-33,2)
65 ou plus									
Autochtones	37,7	*	(30,9-44,5)	41,7	*	(30,6-52,7)	34,8		(26,2-43,3)
Non-Autochtones	29,3		(28,1-30,5)	28,5		(26,7-30,3)	30,1		(28,4-31,7)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent des non-Autochtones ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 15,0 % et 35,0 %; interpréter avec prudence.

Tableau A3.1a : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 2 à 17 ans, selon le sexe et la catégorie d'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, Canada à l'exception des territoires, 2015

	LES DEUX SEXES				HOMMES				FEMMES			
	Population (en milliers)	%		(IC à 95 %)	Population (en milliers)	%		(IC à 95 %)	Population (en milliers)	%		(IC à 95 %)
Catégorie d'IMC mesuré (%) (sur la base des seuils d'IMC de l'Organisation mondiale de la Santé)												
De 2 à 4 ans												
Total	1 220,8				552,1				668,6			
Mince	—	—	F	—	—		F	—	—	—	F	—
Poids normal	776,0	63,6		(57,9–69,2)	353,6	64,0		(56,4–71,7)	422,4	63,2		(54,9–71,4)
Risquant l'embonpoint	327,2	26,8		(21,4–32,2)	118,2	21,4		(15,3–27,5)	209,1	31,3		(23,0–39,5)
Embonpoint	55,8	4,6	E	(2,5–6,7)	38,8	7,0	E	(3,0–11,1)	—	—	F	—
Obésité	41,1	3,4	E	(1,2–5,5)	—	—	F	—	—	—	F	—
Embonpoint/ obésité	96,9	7,9	E	(5,0–10,9)	69,5	12,6	E	(6,9–18,2)	27,4	4,1	E*	(1,9–6,3)
De 5 à 17 ans												
Total	4 822,9				2,452,3				2,370,6			
Mince	130,8	2,7	E	(1,8–3,7)	69,5	2,8	E	(1,5–4,2)	61,4	2,6	E	(1,2–4,0)
Poids normal	3 159,3	65,5		(63,1–68,0)	1,537,8	62,7		(59,2–66,2)	1,621,6	68,4	*	(64,8–72,0)
Embonpoint	934,5	19,4		(17,2–21,5)	480,9	19,6		(16,4–22,8)	453,6	19,1		(16,2–22,1)
Obésité	598,3	12,4		(10,7–14,1)	364,2	14,9		(12,1–17,6)	234,1	9,9	*	(7,8–12,0)
Embonpoint/ obésité	1 532,8	31,8		(29,4–34,1)	845,1	34,5		(30,9–38,0)	687,7	29,0	*	(25,5–32,5)

suite du **Tableau A3.1a** à la page suivante

suite du **Tableau A3.1a**

	LES DEUX SEXES				HOMMES				FEMMES			
	Population (en milliers)	%		(IC à 95 %)	Population (en milliers)	%		(IC à 95 %)	Population (en milliers)	%		(IC à 95 %)
De 5 à 11 ans												
Total	2 535,0				1,288,6				1,246,4			
Mince	45,1	1,8	^E	(0,7-2,9)	—	—	^F	—	—	—	^F	—
Poids normal	1 770,7	69,8		(66,4-73,3)	853,5	66,2		(61,3-71,2)	917,1	73,6	*	(68,7-78,4)
Embonpoint	447,4	17,6		(14,8-20,5)	256,3	19,9		(15,5-24,2)	191,2	15,3		(11,4-19,2)
Obésité	271,8	10,7		(8,3-13,1)	157,0	12,2		(8,7-15,7)	114,8	9,2		(6,2-12,2)
Embonpoint/ obésité	719,3	28,4		(25,0-31,8)	413,2	32,1		(27,1-37,0)	306,0	24,6	*	(19,9-29,2)
De 12 à 17 ans												
Total	2 287,9				1,163,7				1,124,2			
Mince	85,7	3,7	^{Ea}	(2,2-5,3)	47,6	4,1	^E	(1,9-6,3)	38,0	3,4	^E	(1,2-5,5)
Poids normal	1 388,7	60,7	^a	(57,3-64,1)	684,2	58,8	^a	(53,6-64,0)	704,4	62,7	^a	(58,0-67,3)
Embonpoint	487,1	21,3		(18,3-24,2)	224,6	19,3		(15,2-23,4)	262,5	23,3	^a	(19,1-27,6)
Obésité	326,5	14,3		(11,7-16,8)	207,2	17,8		(13,5-22,1)	119,2	10,6	*	(7,8-13,4)
Embonpoint/ obésité	813,5	35,6	^a	(32,3-38,9)	431,8	37,1		(31,9-42,3)	381,7	34,0	^a	(29,4-38,5)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2015 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

* Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^a Significativement différent du groupe d'âge de 5 à 11 ans ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence

^F Estimation supprimée, coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau A3.1b : Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 5 à 17 ans, selon le sexe et la catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré, Canada à l'exception des territoires, 2014-2019

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Catégorie d'IMC mesuré (%) (sur la base des seuils d'IMC de l'Organisation mondiale de la Santé)									
De 5 à 17 ans									
Mince	2,2		(1,5-2,8)	2,8	^E	(1,6-4,1)	1,5	^{E *}	(0,9-2,1)
Poids normal	68,9	^b	(66,7-71,1)	66,8		(63,7-70,0)	71,0	[*]	(68,0-73,9)
Embonpoint	17,7		(16,4-19,0)	17,0		(15,0-19,0)	18,4		(15,9-20,8)
Obésité	11,3		(9,6-12,9)	13,3		(11,0-15,7)	9,1	[*]	(7,4-10,9)
Embonpoint/obésité	28,9		(26,9-31,0)	30,3		(27,3-33,4)	27,5		(24,4-30,7)
De 5 à 11 ans									
Mince	2,3	^E	(1,3-3,3)	2,6	^E	(0,9-4,3)	2,0	^E	(1,1-2,8)
Poids normal	71,1		(68,1-74,1)	69,9		(65,4-74,4)	72,4		(69,1-75,6)
Embonpoint	16,2		(14,3-18,1)	15,1		(12,4-17,8)	17,3		(14,3-20,3)
Obésité	10,4		(8,5-12,4)	12,3		(9,6-15,1)	8,4	[*]	(6,4-10,4)
Embonpoint/obésité	26,6		(23,7-29,5)	27,5		(23,2-31,7)	25,7		(22,4-29,0)
De 12 à 17 ans									
Mince	2,1	^E	(1,0-3,1)	3,1	^E	(1,2-5,1)	-	^F	-
Poids normal	66,3	^{ab}	(63,2-69,3)	63,2	^a	(58,7-67,6)	69,4	^{b *}	(65,0-73,8)
Embonpoint	19,4	^a	(17,3-21,6)	19,2		(15,8-22,7)	19,6		(15,9-23,3)
Obésité	12,2		(9,9-14,6)	14,5		(10,5-18,4)	10,0		(7,4-12,5)
Embonpoint/obésité	31,6	^a	(28,7-34,5)	33,7		(28,8-38,6)	29,6		(25,0-34,1)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019 (cycles 4, 5 et 6).

Tests de signification effectués.

^{*} Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^a Significativement différent du groupe d'âge de 5 à 11 ans ($p < 0,05$).

^b Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2015 (fichier de partage) ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

^F Estimation supprimée, coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau A3.2 : Prévalence de l'obésité mesurée, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 2 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
De 2 à 4 ans									
Période									
2004	4,0	E	(2,4-5,7)	3,3	E	(1,6-5,1)	4,7	E	(1,8-7,6)
2015	3,4	E	(1,2-5,5)	—	F	—	—	F	—
De 5 à 17 ans									
Période									
2004	12,9		(11,7-14,1)	15,3		(13,3-17,4)	10,3		(8,7-12,0)
2009-2011/ 2012-2013	12,2		(10,6-13,8)	14,8		(12,2-17,4)	9,4		(7,6-11,2)
2015	12,4		(10,7-14,1)	14,9		(12,1-17,6)	9,9		(7,8-12,0)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	11,3		(9,6-12,9)	13,3		(11,0-15,7)	9,1		(7,4-10,9)
De 5 à 11 ans									
Période									
2004	13,3		(11,4-15,2)	15,3		(12,2-18,4)	11,2		(8,6-13,8)
2009-2011/ 2012-2013	11,2		(9,4-13,0)	14,3		(11,5-17,2)	8,0	*	(6,0-9,9)
2015	10,7		(8,3-13,1)	12,2		(8,7-15,7)	9,2		(6,2-12,2)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	10,4	*	(8,5-12,4)	12,3		(9,6-15,1)	8,4		(6,4-10,4)

suite du **Tableau A3.2** à la page suivante

suite du **Tableau A3.2**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
De 12 à 17 ans									
2004	12,5		(10,8-14,2)	15,4		(12,7-18,0)	9,4		(7,3-11,5)
2005	11,6	^E	(7,7-15,5)	16,0	^E	(9,7-22,3)	7,0	^E	(3,0-11,0)
2008	10,8	^E	(7,2-14,4)	13,6	^E	(8,4-18,8)	7,8	^E	(3,4-12,3)
2007-2009/ 2009-2011/ 2012-2013	13,9		(11,0-16,8)	16,0		(11,7-20,2)	11,6		(9,0-14,2)
2015	14,3		(11,7-16,8)	17,8		(13,5-22,1)	10,6		(7,8-13,4)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	12,2		(9,9-14,6)	14,5		(10,5-18,4)	10,0		(7,4-12,5)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

Tests de signification effectués.

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence

^F Estimation supprimée, coefficient de variation supérieur à 33,3 %

Tableau A3.3 : Prévalence de l'embonpoint/obésité mesurés, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 2 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires (années sélectionnées)

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
De 2 à 4 ans									
Période									
2004	11,8		(9,2-14,4)	12,4		(8,5-16,2)	11,1		(7,5-14,7)
2015	7,9	^E	(5,0-10,9)	12,6	^E	(6,9-18,2)	4,1	^{* E}	(1,9-6,3)
De 5 à 17 ans									
Période									
2004	34,5		(32,7-36,3)	37,9		(35,1-40,7)	31,0		(28,5-33,4)
2009-2011/ 2012-2013	31,5		(29,0-34,0)	34,0		(30,5-37,5)	28,8		(24,5-33,1)
2015	31,8		(29,4-34,1)	34,5		(30,9-38,0)	29,0		(25,5-32,5)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	28,9	[*]	(26,9-31,0)	30,3	[*]	(27,3-33,4)	27,5		(24,4-30,7)
De 5 à 11 ans									
Période									
2004	35,9		(33,3-38,5)	39,0		(34,9-43,1)	32,8		(29,3-36,4)
2009-2011/ 2012-2013	29,5	[*]	(27,0-32,1)	31,6	[*]	(27,6-35,6)	27,4	[*]	(24,0-30,7)
2015	28,4	[*]	(25,0-31,8)	32,1	[*]	(27,1-37,0)	24,6	[*]	(19,9-29,2)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	26,6	[*]	(23,7-29,5)	27,5	[*]	(23,2-31,7)	25,7	[*]	(22,4-29,0)

suite du **Tableau A3.3** à la page suivante

suite du **Tableau A3.3**

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
De 12 à 17 ans									
Période									
2004	33,0		(30,6-35,4)	36,7		(33,2-40,2)	28,9		(25,5-32,2)
2005	34,6		(28,4-40,9)	40,2		(31,3-49,0)	28,8		(20,1-37,6)
2008	34,4		(28,7-40,0)	34,1		(25,9-42,3)	34,7		(26,0-43,3)
2007-2009/ 2009-2011/ 2012-2013	32,7		(28,8-36,6)	35,7		(30,6-40,7)	29,3		(24,2-34,5)
2015	35,6		(32,3-38,9)	37,1		(31,9-42,3)	34,0		(29,4-38,5)
2014-2015/ 2016-2017/ 2018-2019	31,6		(28,7-34,5)	33,7		(28,8-38,6)	29,6		(25,0-34,1)

SOURCES DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 et de 2015 (fichiers de partage); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 et 2008 (fichiers de partage); Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009/2009-2011/2012-2013/2014-2015/2016-2017/2018-2019 (cycles 1 à 6)

Tests de signification effectués.

^a Significativement différent de la période 1 ($p < 0,05$)

^b Significativement différent de la période 2 ($p < 0,05$)

^c Significativement différent de la période 3 ($p < 0,05$)

* Significativement différent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition de 2004 ($p < 0,05$)

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence

Tableau A3.6 : Prévalence de l'obésité et de l'embonpoint/obésité mesurés chez les enfants et les jeunes autochtones/non autochtones, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 5 à 17 ans, Canada à l'exception des territoires, 2015

	LES DEUX SEXES			HOMMES			FEMMES		
	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %	%		IC à 95 %
Obésité									
Total des cas d'obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	12,4		(10,7-14,1)	14,9		(12,1-17,6)	9,9	^a	(7,8, 12,0)
Premières Nations hors réserve-Inuits-et Métis	26,0	^{E *}	(17,3-34,7)	23,9	^E	(12,5-35,3)	28,3	^{E *}	(15,7-41,0)
Non-Autochtones	11,9		(10,2-13,6)	14,5		(11,7-17,2)	9,2	^a	(7,1-11,4)
Embonpoint/obésité									
Total des cas d'embonpoint/obésité chez les jeunes de 5 à 17 ans	31,8		(29,4-34,1)	34,5		(30,9-38,0)	29,0	^a	(25,5-32,5)
Premières Nations hors réserve-Inuits-et Métis	48,4	[*]	(39,1-57,7)	45,6		(32,5-58,7)	51,4	[*]	(38,7-64,2)
Non-Autochtones	31,2		(28,8-33,7)	34,0		(30,3-37,6)	28,4	^a	(24,8-31,9)

SOURCE DE DONNÉES : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2015 (fichier de partage).

Tests de signification effectués.

^{*} Significativement différent des non-Autochtones ($p < 0,05$).

^a Significativement différent des hommes ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

Tableau A4a : Taux de réponse et taille des échantillons pour les estimations auto-déclarées fondées sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

	Taux de réponse ^a (%)	% acceptant que leurs réponses soient communiquées ^b	Taille de l'échantillon : Nombre de répondants de 18 ans et plus pour lesquels l'IMC a été calculé.	Nombre et pourcentage de répondants de 18 ans et plus ayant une valeur manquante pour l'IMC ^c	
Période					
2000-2001	84,7	95,9	107 682	2 190	2,0
2003	80,7	95,2	108 240	2 736	2,5
2005	78,9	95,5	108 195	2 437	2,2
2007-2008	76,4	94,6	105 695	4 792	4,3
2009-2010	72,3	94,0	99 297	4 438	4,3
2011-2012	68,4	94,5	100 010	5 061	4,8
2013-2014	66,2	94,7	102 812	5 358	5,0
2015-2016	59,5	94,3	87 370	4 714	5,1
2017-2018	60,8	91,9	90 881	4 938	5,2
2019-2020	41,0	93,6	88 383	5 308	5,7

^a taux de réponse en personne/à domicile combiné

^b avec l'Agence de la santé publique du Canada

^c exclut les femmes enceintes

Tableau A4b : Taux de réponse et taille des échantillons pour les estimations mesurées

	Taux de réponse ^a (%)	% acceptant que leurs réponses soient communiquées ^b	Taille de l'échantillon : Nombre de répondants pour lesquels l'IMC a été calculé par groupe d'âge ^c				
			18 ans ou plus	De 18 à 79 ans	De 12 à 17 ans	De 5 à 11 ans ^d	De 2 à 4 ans ^e
Période							
ESCC – Nutrition de 2004	76,5	95,3	11 909	10 986	3 942	3 266	1 187
ESCC mesuré de 2005	55,9	95,5	4 039	3 814	473		
ECMS de 2007–2009	51,7			3 691	804		
ESCC mesuré de 2008	50,7	94,6	4 052	3 823	428		
ECMS de 2009–2011	55,5			3 832	846	1 267	
ECMS de 2012–2013	51,7			3 354	802	1 182	
ECMS de 2014–2015	53,7			3 352	798	1 203	
ESCC – Nutrition de 2015	61,6	96,0	9 265	8 664	1 879	1 692	778
ECMS de 2016–2017	48,5			3 272	832	1 219	
ECMS de 2018–2019	45,9	93,6		3 349	802	1 179	

^a taux de réponse en personne/à domicile/par mesures combiné

^b avec l'Agence de la santé publique du Canada

^c exclut les femmes enceintes

^d 61 à 143 mois

^e 24 à 60 mois

Bibliographie

1. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep*. 2015 Sep;4(3):303-10.
2. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009 Mar 25;9(1):88.
3. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 2014;60(3):222-8.
4. Llewellyn A, Simmonds M, Owen CG, Woolacott N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016 Jan;17(1):56-67.
5. Quek YH, Tam WWS, Zhang MWB, Ho RCM. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2017 Jul;18(7):742-54.
6. Rankin J, Matthews L, Cobley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther*. 2016;7:125-46.
7. Simmonds M, Burch J, Llewellyn A, Griffiths C, Yang H, Owen C, et al. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2015 Jun;19(43):1-336.
8. Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, Van Mechelen W, Chinapaw MJM. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008;9(5):474-88.
9. Statistique Canada. Embonpoint et obésité chez les adultes, 2018 [En ligne]. 2019 [cité le 20 mars 2023]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00005-eng.htm>
10. Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*. 2007 Jul;8(4):307-26.
11. de Onis M, editor. WHO Child Growth Standards – Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Genève (CH): WHO Press; 2006.
12. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007 Sep;85(9):660-7.
13. de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int J Pediatr Obes*. 2010 Dec;5(6):458-60.

14. He J, Cai Z, Fan X. How accurate is the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents derived from self-reported data? A meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2018 Jul;21(10):1865–73.
15. Sherry B, Jefferds ME, Grummer-Strawn LM. Accuracy of adolescent self-report of height and weight in assessing overweight status: a literature review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007 Dec;161(12):1154–61.
16. ParticipACTION. Perdus et retrouvés : Défis et possibilités liés à l'activité physique en temps de pandémie [En ligne]. Toronto: ParticipACTION; 2022. (Bulletin des enfants et des jeunes, édition 2022). Disponible : www.participaction.com/wp-content/uploads/2022/10/2022-bulletin-des-enfants-et-des-jeunes.pdf
17. World Health Organization. World Health Organization. Obesity and overweight. [En ligne]. 2021 [cité le 21 fév 2023]. Disponible : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
18. Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada. Obésité [En ligne]. Ottawa (ON); 2006 [cité le 20 mars 2023]. 3 p. (Votre santé et vous). Disponible : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/mode-vie/obesite.html
19. Adab P, Pallan M, Whincup PH. Is BMI the best measure of obesity? *BMJ.* 2018 Mar 29; 360:k1274.
20. Santé Canada. Gouvernement du Canada. Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes. [En ligne]. 2004 [cité le 20 mars 2023]. Disponible : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/poids-sante/lignes-directrices-classification-poids-chez-adultes.html
21. WHO Expert Committee on Physical Status, World Health Organization. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry [En ligne]. Genève (CH): World Health Organization; 1995 [cité le 20 mars 2023]. 463 p. (WHO Technical Report Series). Disponible : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>
22. Caleyachetty R, Barber TM, Mohammed NI, Cappuccio FP, Hardy R, Mathur R, et al. Ethnicity-specific BMI cutoffs for obesity based on type 2 diabetes risk in England: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021 Jul;9(7):419–26.
23. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet.* 2004 Jan 10;363(9403):157–63.
24. Nevill AM, Metsios GS. The need to redefine age- and gender-specific overweight and obese body mass index cutoff points. *Nutr Diabetes.* 2015 Nov;5(11):e186.
25. Charbonneau-Roberts G, Saudny-Unterberger H, Kuhnlein HV, Egeland GM. Body mass index may overestimate the prevalence of overweight and obesity among the Inuit. *Int J Circumpolar Health.* 2005 Apr 1;64(2):163–9.

26. Galloway T, Chateau-Degat ML, Egeland GM, Young TK. Does sitting height ratio affect estimates of obesity prevalence among Canadian Inuit? results from the 2007–2008 Inuit health survey. *Am J Hum Biol.* 2011;23(5):655–63.
27. Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society, College of Family Physicians of Canada, Community Health Nurses of Canada. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts. *Can J Diet Pract Res.* 2010;71(1):e1–3.
28. Hu FB. *Obesity Epidemiology.* Oxford (GB): Oxford Univ. Press; 2008.
29. Carmienke S, Freitag MH, Pischon T, Schlattmann P, Fankhaenel T, Goebel H, et al. General and abdominal obesity parameters and their combination in relation to mortality: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur J Clin Nutr.* 2013 Jun;67(6):573–85.
30. Chen GC, Chen SJ, Zhang R, Hidayat K, Qin JB, Zhang YS, et al. Central obesity and risks of pre- and postmenopausal breast cancer: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev.* 2016 Nov;17(11):1167–77.
31. De Ridder J, Julián-Almárcegui C, Mullee A, Rinaldi S, Van Herck K, Vicente-Rodríguez G, et al. Comparison of anthropometric measurements of adiposity in relation to cancer risk: a systematic review of prospective studies. *Cancer Causes Control CCC.* 2016 Mar;27(3):291–300.
32. Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E, Reddy S, Chan J. Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictors of cardiovascular risk--a review of the literature. *Eur J Clin Nutr.* 2010 Jan;64(1):16–22.
33. Qiao Q, Nyamdorj R. Is the association of type II diabetes with waist circumference or waist-to-hip ratio stronger than that with body mass index? *Eur J Clin Nutr.* 2010 Jan;64(1):30–4.
34. Vazquez G, Duval S, Jacobs DR, Silventoinen K. Comparison of body mass index, waist circumference, and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. *Epidemiol Rev.* 2007;29:115–28.
35. Shields M, Tremblay MS, Connor Gorber S, Janssen I. Obésité abdominale et facteurs de risque de maladie cardiovasculaire à l'intérieur des catégories d'indice de masse corporelle. *Rapports sur la santé.* juin 2012;23(2):7–15.
36. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2007 Apr 10;176(8):S1–13.
37. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation [En ligne]. Genève (CH): World Health Organization; 2008 [cité le 20 mars 2023]. 39 p. Disponible : www.who.int/publications-detail-redirect/9789241501491

38. Santé Canada. Gouvernement du Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes – Guide de référence rapide à l'intention des professionnels. [En ligne]. 2003 [cité le 20 mars 2023]. Disponible : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/poids-sante/lignes-directrices-classification-poids-chez-adultes/guide-reference-rapide-intention-professionnels.html
39. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*. 1995 Jul 15;311(6998):158–61.
40. Ganz ML, Wintfeld N, Li Q, Alas V, Langer J, Hammer M. The association of body mass index with the risk of type 2 diabetes: a case-control study nested in an electronic health records system in the United States. *Diabetol Metab Syndr*. 2014 Apr 3;6(1):50.
41. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, et al. Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. *JAMA Cardiol*. 2018 Apr 1;3(4):280–7.
42. Arterburn DE, Maciejewski ML, Tsevat J. Impact of morbid obesity on medical expenditures in adults. *Int J Obes* 2005. 2005 Mar;29(3):334–9.
43. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. *JAMA*. 2013 Jan 2;309(1):71–82.
44. Han SJ, Boyko EJ. The Evidence for an Obesity Paradox in Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J*. 2018 Jun;42(3):179–87.
45. Horwich TB, Fonarow GC, Clark AL. Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018 Jul 1;61(2):151–6.
46. Oesch L, Tatlisumak T, Arnold M, Sarikaya H. Obesity paradox in stroke—Myth or reality? A systematic review. *PLoS ONE*. 2017 Mar 14;12(3):e0171334.
47. Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *Lancet*. 2006 Aug 19;368(9536):666–78.
48. Shachar SS, Williams GR. The obesity paradox in cancer—moving beyond BMI. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2017 Jan;26(1):13–6.
49. Allison DB, Zhu SK, Plankey M, Faith MS, Heo M. Differential associations of body mass index and adiposity with all-cause mortality among men in the first and second National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES I and NHANES II) follow-up studies. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Mar;26(3):410–6.
50. Lin TY, Lim PS, Hung SC. Impact of Misclassification of Obesity by Body Mass Index on Mortality in Patients With CKD. *Kidney Int Rep*. 2017 Dec 23;3(2):447–55.

51. Grier T, Canham-Chervak M, Sharp M, Jones BH. Does body mass index misclassify physically active young men. *Prev Med Rep.* 2015 Jun 11;2:483-7.
52. Prentice AM, Jebb SA. Beyond body mass index. *Obes Rev.* 2001 Aug;2(3):141-7.
53. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention [En ligne]. Paris: OECD Publishing; 2019 [cité le 20 mars 2023]. (OECD Health Policy Studies). Disponible : www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm
54. Anis AH, Zhang W, Bansback N, Guh DP, Amarsi Z, Birmingham CL. Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obes Rev.* 2010 Jan;11(1):31-40.
55. Shields M, Connor Gorber S, Janssen I, Tremblay MS. Estimations de l'obésité chez les enfants fondées sur les mesures déclarées par les parents et sur les mesures directes. *Rapports sur la santé.* sep 2011;22(3):47-58.
56. McKee AM, Morley JE. Obesity in the Elderly. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al. *Endotext* [En ligne]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [cité le 20 mars 2023]. Disponible : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532533
57. Pietrzykowska N. Obesity Action Coalition. Obesity in the Elderly. [En ligne]. 2014 [cité le 20 mars 2023]. Disponible : www.obesityaction.org/resources/obesity-in-the-elderly
58. Pampel FC, Denney JT, Krueger PM. Obesity, SES, and economic development: a test of the reversal hypothesis. *Soc Sci Med* 1982. 2012 Apr;74(7):1073-81.
59. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Gouvernement du Canada. 2020 [cité le 21 fév 2023]. Atlas des facteurs de risque au Canada (AFRC), édition 2020. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/atlas-facteurs-risque-canada>
60. Truth and Reconciliation Commission of Canada. Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action [En ligne]. Winnipeg, Manitoba: Truth and Reconciliation Commission of Canada; 2015 [cité le 21 fév 2023] p. 20. Disponible : https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/01/Calls_to_Action_English2.pdf
61. Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Réseau pancanadien de santé publique. Les principales inégalités en santé au Canada: un portrait national [En ligne]. Canada; 2018 [cité le 20 fév 2023]. 437 p. Disponible : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-executive-summary-fra.pdf
62. Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Gouvernement du Canada. Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada. [En ligne]. 2022 [cité le 6 mars 2023]. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/?Edi=2022&Geo=00&Cat=14&Ind=321&Lif=31&Strat=100&MS=14>

63. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *Lancet*. 2016 Apr 2;387(10026):1377–96.
64. OECD. OECD – Better Policies for Better Lives. Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat—Canada Key Facts—OECD. [En ligne]. 2014 [cité le 21 fév 2023]. Disponible : www.oecd.org/canada/Obesity-Update-2014-CANADA.pdf
65. Tjepkema M. Obésité chez les adultes. *Rapports sur la santé*. août 2006;17(3):9–25.
66. Wolfson MC. POHEM : a framework for understanding and modelling the health of human populations. *World Health Stat Q*. 1994;47(3/4):157–76.
67. Bancej C, Jayabalasingham B, Wall RW, Rao DP, Do MT, de Groh M, et al. Tendances et projections relatives à l'obésité chez les Canadiens. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*. 2015 Sep;35(7):109–12.
68. Hennessy D, Garner R, Flanagan WM, Wall R, Nadeau C. Development of a population-based microsimulation model of body mass index. *Health Rep*. 2017;28(6):13.
69. Gao M, Piernas C, Astbury NM, Hippisley-Cox J, O'Rahilly S, Aveyard P, et al. Associations between body-mass index and COVID-19 severity in 6·9 million people in England: a prospective, community-based, cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021 Jun 1; 9(6):350–9.
70. Ho JSY, Fernando DI, Chan MY, Sia CH. Obesity in COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Acad Med Singapore*. 2020 Dec;49(12):996–1008.
71. Sawadogo W, Tsegaye M, Gizaw A, Adera T. Overweight and obesity as risk factors for COVID-19-associated hospitalisations and death: systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutr Prev Health*. 2022 Jun 1;5(1):10–8.
72. Singh R, Rathore SS, Khan H, Karale S, Chawla Y, Iqbal K, et al. Association of Obesity With COVID-19 Severity and Mortality: An Updated Systemic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Front Endocrinol* [En ligne]. 2022 [cité le 22 fév 2023];13. Disponible : www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.780872
73. Zhang X, Lewis AM, Moley JR, Brestoff JR. A systematic review and meta-analysis of obesity and COVID-19 outcomes. *Sci Rep*. 2021 Mar 30;11(1):7193.
74. Daniels NF, Burrin C, Chan T, Fusco F. 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 Apr 8;6(4):nzac011.
75. Aghili SMM, Ebrahimpur M, Arjmand B, Shadman Z, Pejman Sani M, Qorbani M, et al. Obesity in COVID-19 era, implications for mechanisms, comorbidities, and prognosis: a review and meta-analysis. *Int J Obes*. 2021 Feb;45(5):998–1016.

76. World Obesity. World Obesity Federation. Obesity and COVID-19: Policy statement. [En ligne]. 2020 [cité le 22 fév 2023]. Disponible : www.worldobesity.org/news/obesity-and-covid-19-policy-statement
77. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017 Dec 16; 390(10113):2627–42.
78. Olds T, Maher C, Zumin S, Péneau S, Lioret S, Castetbon K, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *Int J Pediatr Obes*. 2011 Oct;6(5-6):342–60.
79. Rokholm B, Baker JL, Sørensen TIA. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999—a review of evidence and perspectives. *Obes Rev*. 2010 Dec;11(12):835–46.
80. Shields M, Tremblay MS. Canadian childhood obesity estimates based on WHO, IOTF and CDC cut-points. *Int J Pediatr Obes*. 2010 May 3;5(3):265–73.
81. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC). [En ligne]. 2022 [cité le 8 mars 2023]. Disponible : www.statcan.gc.ca/fr/enquete/menages/3226
82. Connor Gorber S, Shields M, Tremblay MS, McDowell I. La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité. *Rapports sur la santé*. 2008 Sep;19(3):71–82.
83. Shields M, Connor Gorber S, Janssen I, Tremblay MS. Biais dans les estimations autodéclarées de l'obésité dans les enquêtes canadiennes sur la santé : le point sur les équations de correction applicables aux adultes. *Rapports sur la santé*. sep 2011;22(3):35–45.
84. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Résumé des changements. [En ligne]. 2016 [cité le 8 mars 2023]. Disponible : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getMainChange&Id=4995
85. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition (ESCC). [En ligne]. 2017 [cité le 8 mars 2023]. Disponible : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5049
86. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS). [En ligne]. 2023 [cité le 8 mars 2023]. Disponible : www.statcan.gc.ca/fr/enquete/menages/5071
87. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC): Revenu total du ménage de la personne, catégorie. [En ligne]. 2021 [cité le 8 mars 2023]. Disponible : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=assembleDESurv&DECId=252475&RepClass=591&Id=1314175&DFId=180541

88. Yeo D, Mantel H, Liu TP, Yeo D. Bootstrap variance estimation for the national population health survey. 1999:778–783.
89. Baribeau B. Could non response be biasing trends of health estimates? J Surv Methodol. 2014:4285–93.
90. Flegal KM, Ogden CL. Childhood Obesity: Are We All Speaking the Same Language? Adv Nutr. 2011 Mar 1;2(2):159S-166S.
91. Braun N, Gomes F, Schütz P. “The obesity paradox” in disease—is the protective effect of obesity true? Swiss Med Wkly. 2015 Dec 13;145(5152):w14265-w14265.
92. Tobias DK, Hu FB. Does being overweight really reduce mortality? Obes Silver Spring Md. 2013 Sep;21(9):1746–9.
93. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ. 2016 May 4;353:i2156.
94. Iliodromiti S, Celis-Morales CA, Lyall DM, Anderson J, Gray SR, Mackay DF, et al. The impact of confounding on the associations of different adiposity measures with the incidence of cardiovascular disease: a cohort study of 296 535 adults of white European descent. Eur Heart J. 2018 May 1;39(17):1514–20.
95. Eckel N, Li Y, Kuxhaus O, Stefan N, Hu FB, Schulze MB. Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90 257 women (the Nurses’ Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018 Sep;6(9):714–24.
96. Connor Gorber S, Tremblay MS. The bias in self-reported obesity from 1976 to 2005: a Canada-US comparison. Obes Silver Spring Md. 2010 Feb;18(2):354–61.