

# Tendances en matière d'embonpoint et d'obésité chez les enfants au Canada

D. P. Rao, Ph. D.; E. Kropac, M. Sc., I.A.; M. T. Do, Ph. D.; K. C. Roberts, M. Sc.; G. C. Jayaraman, Ph. D.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

[Diffuser cet article sur Twitter](#)

## Résumé

**Introduction :** L'excès de poids est un facteur de risque important de maladies chroniques. La collecte, l'analyse et la diffusion systématiques des tendances clés dans ce domaine sont importantes pour la surveillance de l'embonpoint et de l'obésité.

**Méthodologie :** Nous avons utilisé des analyses univariées pour calculer des estimations de la prévalence actuelle de l'excès de poids chez les enfants et les jeunes canadiens.

**Résultats :** Près d'un enfant ou jeune sur sept est obèse. Les taux varient en fonction de facteurs sociodémographiques comme l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence. Dans l'ensemble, les taux d'excès de poids sont demeurés relativement stables depuis dix ans.

**Conclusion :** Faire le suivi de l'obésité juvénile fournit des renseignements utiles à la prise de mesures à long terme pour la promotion d'un poids santé.

**Mots-clés :** embonpoint, obésité, enfants, jeunes, facteurs sociodémographiques

### Points saillants

- La surveillance des tendances concernant l'excès de poids et l'obésité chez les enfants et les jeunes est importante pour la recherche, les programmes et les politiques.
- Les auteurs ont analysé l'information issue de diverses enquêtes de population à l'échelle nationale, en particulier celles incluant des données reposant sur des mesures objectives, pour faire le point sur l'excès de poids durant l'enfance au Canada.
- Presque 1 enfant sur 7 est obèse.
- Les taux d'excès de poids et d'obésité varient en fonction de facteurs comme l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence.

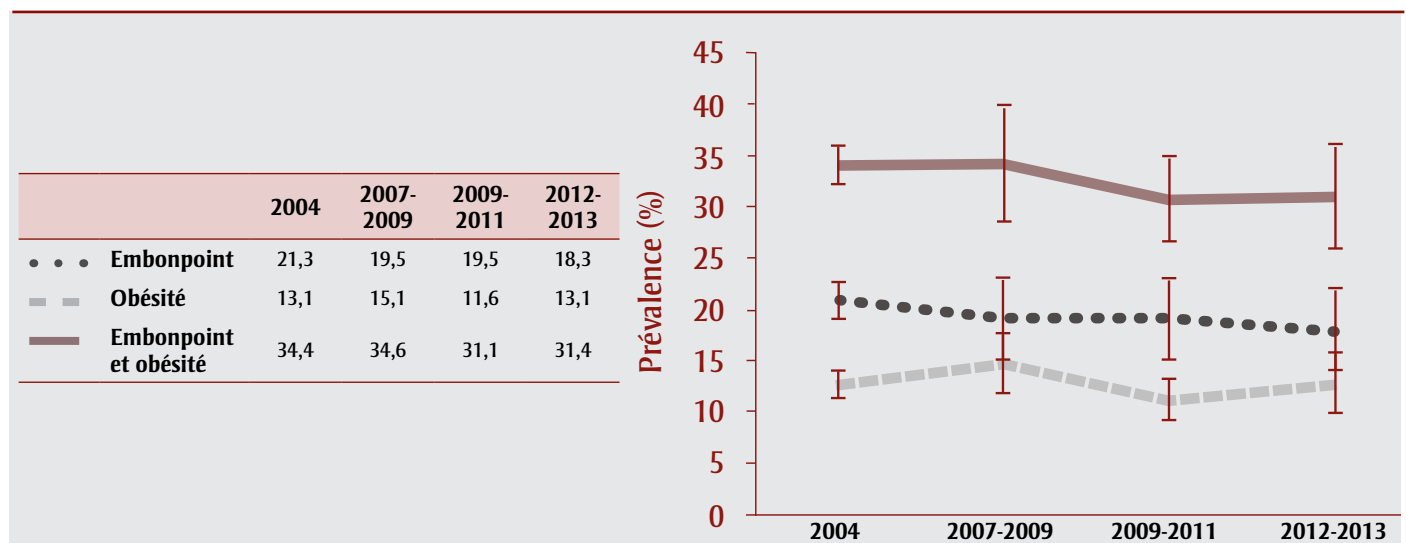
## Introduction

L'obésité étant un facteur de risque important de maladie chronique<sup>1</sup>, elle pèse sur le réseau de soins de santé, l'économie et la

qualité de vie des Canadiens<sup>2</sup>. En 40 ans, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les jeunes au Canada a connu une hausse considérable<sup>3</sup>. Ces derniers sont ainsi de plus en plus nombreux à recevoir un

diagnostic de troubles de la santé liés à l'obésité, troubles auparavant presque exclusivement observés chez les adultes,

**FIGURE 1**  
Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, jeunes de 6 à 17 ans, Canada, 2004 à 2012-2013



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2004 et Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009, 2009-2011 et 2012-2013.

### Rattachement des auteurs :

Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

**Correspondance :** Deepa P. Rao, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, bureau 707B1, Ottawa (Ont.) K1A 0K9; tél. : 613-867-8303; téléc. : 613-941-2057; courriel : [deepa.rao@canada.ca](mailto:deepa.rao@canada.ca)

en particulier le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, la dépression, l'apnée du sommeil et les problèmes articulaires<sup>1</sup>. Une source de préoccupation additionnelle est que l'obésité juvénile persiste à l'âge adulte<sup>2</sup>.

Nous avons déjà fait état des tendances et des projections relatives à l'obésité chez les Canadiens en général<sup>4</sup>. La production de rapports réguliers sur l'obésité chez les enfants, faisant partie du Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures<sup>5</sup> (CIMCB), fournit une ventilation de base de la prévalence de l'obésité

chez les enfants et les jeunes en fonction de l'âge, du sexe et de facteurs sociodémographiques. Dans le présent article, nous tirerons profit de ces rapports en fournissant d'autres ventilations des résultats à l'aide de variables déjà présentes dans le CIMCB, qui jouent un rôle important quant à l'orientation de la recherche, des programmes et des politiques au Canada. Les tendances actualisées relativement au surpoids des enfants (en plus de l'obésité), les tendances relativement au surpoids et à l'obésité selon l'âge et le sexe, un examen des différences entre les sexes quand à la distribution du surpoids et de

l'obésité selon l'adéquation du revenu (un facteur socioéconomique clé) et un examen de la distribution de l'obésité par lieu de résidence développent et complètent les données de surveillance contenue dans le CIMCB.

## Méthodologie

### Données et sources de données

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure indirecte de l'adiposité (graisse corporelle) qui nous renseigne sur l'état de

**TABLEAU 1**  
Déterminants sociodémographiques de l'obésité juvénile, jeunes de 6 à 17 ans, Canada, 2004 à 2012-2013

		Déterminants sociodémographiques			
		Prévalence (%)	IC à 95 %	Prévalence (%)	IC à 95 %
<b>Par sexe</b>					
		Garçons		Filles	
<b>Embonpoint</b>	2004	22,1	19,8 à 24,4	20,2	18,0 à 22,5
	2007-2009	20,8	16,3 à 25,4	18,1	14,7 à 21,5
	2009-2011	19,4	14,8 à 24,0	20,2	15,4 à 25,1
	2012-2013	18,7	15,2 à 22,2	18,6	12,4 à 24,8
<b>Obésité</b>	2004	15,5	13,4 à 17,7	10,6	8,9 à 12,3
	2007-2009	17,9	14,4 à 21,4	11,9	8,6 à 15,3
	2009-2011	14,7	11,8 à 17,6	8,2	5,5 à 11,0
	2012-2013	15,3	9,8 à 20,7	10,8	8,2 à 13,4
<b>Embonpoint et obésité</b>	2004	37,6	34,9 à 40,4	30,8	28,3 à 33,3
	2007-2009	38,7	32,8 à 44,7	30,0	24,1 à 35,9
	2009-2011	34,5	28,7 à 40,2	28,2	22,5 à 34,0
	2012-2013	33,3	28,7 à 37,9	28,9	21,8 à 35,9
<b>Par groupe d'âge</b>					
		6 à 11 ans		12 à 17 ans	
<b>Embonpoint</b>	2004	22,1	19,7 à 24,6	20,3	18,3 à 22,3
	2007-2009	21,0	16,8 à 25,3	18,0	14,1 à 22,0
	2009-2011	19,0	15,5 à 22,5	19,9	15,0 à 24,8
	2012-2013	16,2	11,7 à 20,8	20,1	16,4 à 23,8
<b>Obésité</b>	2004	13,9	11,9 à 16,0	12,3	10,6 à 14,0
	2007-2009	14,6	11,6 à 17,6	15,3 <sup>f</sup>	10,1 à 20,5
	2009-2011	13,3	10,2 à 16,3	10,2	7,1 à 13,3
	2012-2013	9,6	7,3 à 11,9	16,6	11,6 à 21,7
<b>Embonpoint et obésité</b>	2004	36,1	33,3 à 38,8	32,6	30,3 à 34,9
	2007-2009	35,6	32,4 à 38,8	33,3	25,9 à 40,8
	2009-2011	32,3	29,3 à 35,2	30,1	23,7 à 36,5
	2012-2013	25,8	20,5 à 31,1	36,8	30,0 à 43,5

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2004 et Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009, 2009-2011 et 2012-2013.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

<sup>f</sup> Interpréter avec prudence en raison de la variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

santé, à court comme à long terme<sup>6</sup>. L'Agence de la santé publique du Canada fonde ses tableaux de poids sur les courbes de croissance de référence de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : les enfants dont l'IMC est d'au moins deux écarts-types (ET) au-dessus de la moyenne sont considérés comme obèses et ceux dont l'IMC se situe entre un et deux ET au-dessus de la moyenne sont considérés comme faisant de l'embonpoint<sup>7</sup>.

Les statistiques présentées ici reposent sur les résultats d'enquêtes de population à l'échelle nationale. Nous disposons depuis de nombreuses années de mesures autodéclarées de la taille et du poids chez les enfants et, depuis 2007, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) procède à une collecte régulière de données anthropométriques fondées sur des mesures objectives. Nous avons utilisé l'Enquête Santé Canada (1978-1979) pour obtenir des mesures objectives de l'IMC d'enfants de 2 à 17 ans, les cycles annuels de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2004 à 2014) pour des données sur l'IMC autodéclarées recueillies auprès d'enfants et de jeunes de 12 à 17 ans et des mesures objectives de l'IMC pour des enfants de 6 à 17 ans pour 2004, ainsi que l'ECMS (2007-2009, 2009-2011 et 2012-2013) pour les mesures objectives de l'IMC d'enfants et de jeunes de 5 à 17 ans.

## Analyses

Nous avons examiné les tendances et les estimations actuelles en matière d'obésité

juvénile en utilisant le système de classification de l'OMS. Pour réduire les erreurs de classification et le biais (en fonction du sexe) dans les estimations fondées sur l'autodéclaration, ces données ont été ajustées à l'aide d'un facteur de correction établi à partir d'une comparaison entre mesures autodéclarées et mesures objectives du poids<sup>8</sup>. Nous avons effectué des analyses descriptives à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Les relations entre variables ont été examinées au moyen de tests du chi carré, avec un seuil de signification à 0,05, pour déterminer les valeurs *p*. Les résultats ont été pondérés de façon à être représentatifs des ménages canadiens, et des méthodes de rééchantillonnage *bootstrap* ont permis de calculer des intervalles de confiance à 95 %. Dans la mesure du possible, nous avons indiqué les tendances décennales.

## Résultats

### Tendances

En 1978-1979, environ un enfant sur quatre (23,3 %; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 20,5 à 26,0) présentait de l'embonpoint ou était obèse<sup>9</sup>. Cette proportion s'approche aujourd'hui d'un sur trois (31,4 %; IC à 95 % : 26,4 à 36,4).

Quoique les estimations de l'excès de poids reposant sur des mesures objectives chez les enfants et les jeunes aient doublé au cours des 40 dernières années, les mesures de l'obésité juvénile sont demeurées stables depuis dix ans (figure 1).

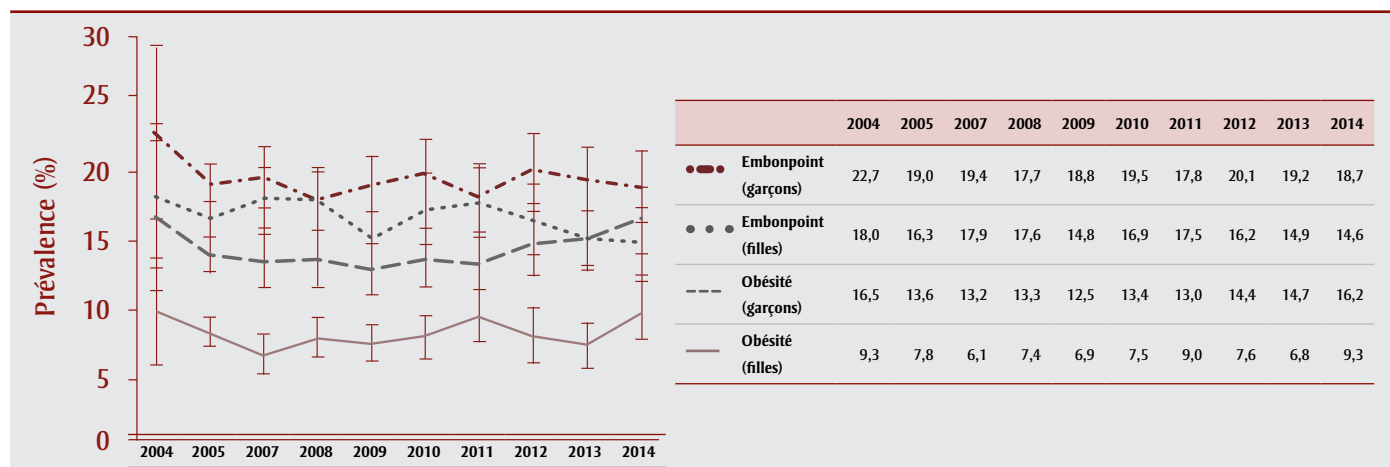
## Sexe

Les écarts concernant l'excès de poids peuvent s'expliquer à la fois par des facteurs biologiques, comme le modèle de répartition des graisses et les besoins énergétiques en fonction du sexe, et par des normes sociétales et culturelles sexospécifiques, comme les choix alimentaires et la satisfaction vis à vis de son corps<sup>10</sup>. L'examen de l'évolution de l'excès de poids fondé sur des mesures objectives et la comparaison des résultats obtenus entre les sexes à chaque moment ne révèlent aucune différence significative (tableau 1). Toutefois, l'examen des estimations fondées sur l'autodéclaration révèle une prévalence de l'obésité chez les garçons beaucoup plus élevée que chez les filles (figure 2), et des taux d'embonpoint qui semblent être demeurés stables.

## Âge

Avec l'avancée en âge, les changements dans les profils d'activité, les concentrations d'hormone et la masse musculaire sont susceptibles de contribuer à modifier la catégorie de poids. Au Canada, l'obésité semble augmenter considérablement durant l'enfance et l'adolescence. D'après des estimations de 2012-2013, 8,5 % (IC à 95 % : 6,2 à 10,9) des enfants de 5 à 9 ans, 12,9 % (IC à 95 % : 7,2 à 18,6) des jeunes de 10 à 14 ans et 18,2 % (IC à 95 % : 12,5 à 24,0) des jeunes de 15 à 17 ans sont obèses. Les taux d'embonpoint en 2012-2013 étaient quant à eux de 15,4 % (IC à

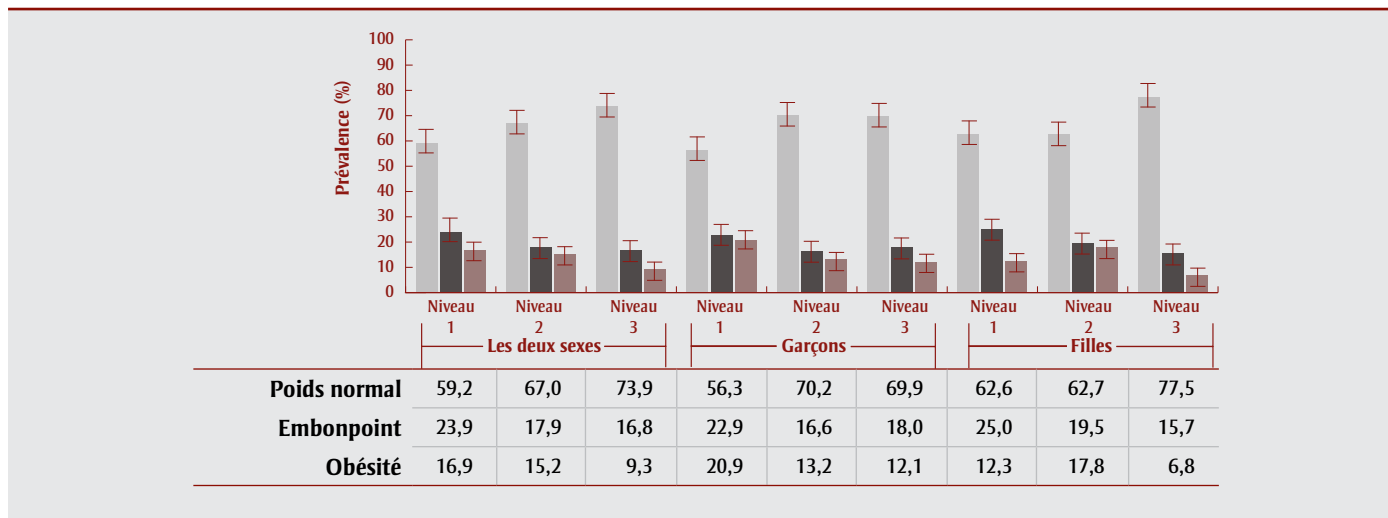
FIGURE 2  
Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité selon le sexe, jeunes de 12 à 17 ans, Canada, 2004 à 2014



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2004-2014.

FIGURE 3

Estimations de la prévalence de l'excès de poids selon le niveau de suffisance du revenu, jeunes de 5 à 17 ans, Canada, 2012-2013



Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2012-2013.

Remarque : Le niveau 1 correspond au niveau de suffisance du revenu le plus faible et le niveau 3 correspond au niveau le plus élevé.

95 % : 11,5 à 19,3), de 23,0 % (IC à 95 % : 16,4 à 29,6) et de 17,1 % (IC à 95 % : 12,5 à 21,7) pour les mêmes groupes d'âge, avec des écarts d'excès de poids fondés sur l'âge pas aussi clairs pour l'embonpoint que pour l'obésité. Les tendances de l'excès de poids depuis dix ans ne diffèrent pas beaucoup d'un groupe d'âge à l'autre (tableau 1).

des taux semblables : la prévalence de l'obésité chez les enfants est de 13,1 % (IC à 95 % : 10,2 à 16,1) au Canada (6 à 17 ans), de 16,9 % (IC à 95 % : 14,9 à 19,2) aux États-Unis (2 à 19 ans, selon les courbes de croissance des Centers for Disease Control and Prevention [CDC])<sup>12</sup> et de 20 % au Royaume Uni (2 à 15 ans)<sup>13</sup>.

## Conclusion

Les tendances stables en matière d'obésité juvénile depuis 10 ans sont encourageantes. Néanmoins, l'excès de poids demeure important. Faire le suivi de l'obésité chez les enfants fournit des renseignements utiles à la prise de mesures durables pour la promotion d'un poids santé.

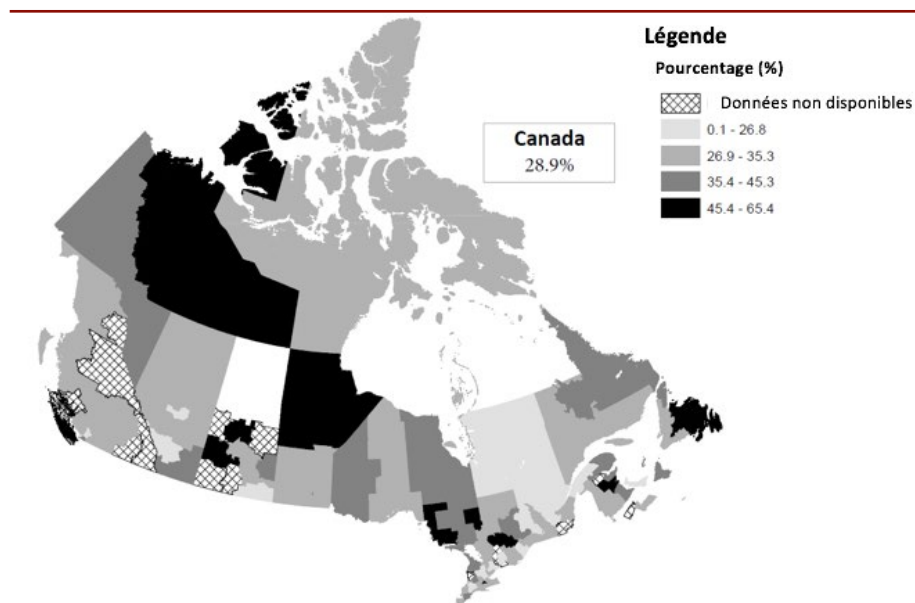
## Statut socioéconomique

On sait que les groupes de populations à faible revenu présentent un risque accru d'obésité<sup>11</sup>. On a constaté que le niveau de suffisance du revenu\* était significativement associé ( $p = 0,02$ ) à l'obésité juvénile, les personnes ayant un meilleur accès au revenu étant plus susceptibles d'avoir un poids santé. La figure 3 montre les estimations de la prévalence de l'excès de poids en fonction du niveau de suffisance du revenu, pour les deux sexes et pour chaque sexe.

## Lieu de résidence

La prévalence moyenne nationale de l'excès de poids chez les enfants et les jeunes est de 28,9 % (IC à 95 % : 27,4 à 30,4, ESCC 2013-2014), avec des différences entre les régions (figure 4). Des comparaisons à l'échelle internationale démontrent

FIGURE 4  
Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité par région sanitaire locale



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014, jeunes de 12 à 17 ans

\*La suffisance du revenu du ménage est une mesure du revenu qui tient compte du nombre de personnes au sein d'un ménage se partageant le revenu total, ce qui permet une juste comparaison entre les familles indépendamment de leur taille.

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Mesures de suivi et orientations futures 2011 – Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 25 nov. 2011 [consultation le 5 févr. 2016]. Consultable en ligne à la page : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/hw-os-2011-fra.php>
2. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008;9(5):474-88. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x.
3. Roberts KC, Shields M, deGros M, Aziz A, Gilbert JA. L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011. *Rapports sur la santé.* 2012;23(3):39-43.
4. Bancej C, Jayabalasingham B, Wall RW et collab. Synthèse portant sur les données probantes - Tendances et projections relatives à l'obésité chez les Canadiens. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2015;35(7):116-119.
5. Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures : outil des données en ligne, édition 2015. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consultable en ligne à la page : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdiif/index-fr.aspx>
6. Janssen I, Katzmarzyk P, Srinivasan S et collab. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international reference. *Obesity Res.* 2005;13:1106-15. doi: 10.1038/oby.2005.129.
7. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl.* 2006;450:76-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x.
8. Connor Gorber S, Shields M, Tremblay MS, McDowell I. La possibilité d'établir des facteurs de corrélation applicables aux estimations auto-déclarées de l'obésité. *Rapports sur la santé.* 2008;19(3):75-87.
9. Shields M, Tremblay MS. Canadian childhood obesity estimates based on WHO, IOTF and CDC cut-points. *Int J Pediatr Obes.* 2010;5:265-73. doi: 10.3109/17477160903268282.
10. Sweeting HN. Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence. *Nutr J.* 2008;7:1. doi: 10.1186/1475-2891-7-1.
11. Phipps SA, Burton PS, Osberg LS, Lethbridge LN. Poverty and the extent of child obesity in Canada, Norway and the United States. *Obes Rev.* 2006;7(1):5-12. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00217.x.
12. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA.* 2014;311(8):806-14. doi: 10.1001/jama.2014.732.
13. Public Health England. Child weight data factsheet. London (UK): Public Health England; 2015. Report no. 2015432.