

Notre état de santé est empreint de nos modes de vie, d'apprentissage et de travail.

Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé



Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-772-9 (PDF)

© 2006 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:
Improving the Health of Canadians: Promoting Healthy Weights, 2006 ISBN 1-55392-773-7 (PDF)

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne	v
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	v
Conseil de l'ISPC (novembre 2005)	vii
Remerciements	ix
Une approche fondée sur la santé de la population pour promouvoir le poids santé — Les facteurs sociaux et environnementaux	3
Les enjeux : Ce que nous savons et ce que nous ignorons	5
Une approche fondée sur la santé de la population pour promouvoir le poids santé : Ce que la recherche en dit	6
Milieu physique et communautaire	23
Étalement urbain et transport actif	23
Étalement urbain, transport actif et activité physique	26
Étalement urbain, transport actif et poids santé	27
Perceptions de la sécurité	29
Accès à des aires de loisirs et à des installations récréatives	30
Milieu de travail	35
Alimentation saine, activité physique et autres facteurs	35
Politiques des employeurs en matière de promotion du poids santé	36
École	43
Manger sainement à l'école	44
L'activité physique à l'école	46
Au-delà de l'alimentation saine et de l'activité physique :	
les programmes de santé coordonnés en milieu scolaire	47
Difficultés associées aux programmes de santé coordonnés :	
quel est le meilleur programme de santé en milieu scolaire?	51
Milieu de vie et milieu familial	55
Habitudes alimentaires et comportements relatifs à l'activité physique des parents	55
Contrôle exercé par les parents sur l'alimentation des enfants	56
Apporter ou acheter son repas à l'école	56
Temps passé devant un écran et publicité : peut-on établir un lien avec le poids santé ou avec l'excès de poids?	57
Environnement nutritionnel	63
Insécurité alimentaire	63
Coûts des aliments et accès aux aliments	64
Dépenses alimentaires	64
Aliments riches en énergie	64
Restaurants-minute	64
Portions	65

Services personnels de santé	69
À propos de l'utilisation des services de santé	69
Interventions spécialisées	70
Santé mentale et problèmes de poids	70
Programmes commerciaux de perte de poids	71
Une solution toute simple — Sonder l'opinion des Canadiens sur les solutions à mettre en œuvre pour promouvoir le poids santé	75
Politiques et programmes canadiens en matière de promotion du poids santé : Ce que nous savons et ce que nous ignorons	79
Le milieu physique et communautaire	80
Le milieu de travail	81
L'école	82
Le milieu de vie et milieu familial	83
L'environnement nutritionnel	84
Les services personnels de santé	85
Conclusions	89
Pour en savoir plus	93
Ressources Internet	95
Annexes	
Annexe A — La mesure du surpoids et de l'obésité	97
Annexe B — Méthodologie	99
Références	105
À vous la parole!	117
Figures	
Figure 1. Taux d'obésité mesurés (IMC \geq 30) chez les adultes de 18 ans et plus, Canada, sauf les territoires (2004)	18
Figure 2. Taux de surpoids et d'obésité mesurés chez les jeunes et les enfants de 2 à 17 ans, Canada, sauf les territoires (2004)	19
Figure 3. Prévalence autodéclarée des IMC < 25 selon le milieu géographique chez les adultes de 18 ans et plus (2003)	25
Figure 4. Prévalence autodéclarée des IMC < 25 selon le milieu géographique et le sexe chez les adultes de 18 ans et plus (2003)	25
Figure 5. Prévalence autodéclarée des IMC < 25 selon l'utilisation de l'automobile dans le voisinage et du transport en commun chez les adultes de plus de 18 ans (2003)	28
Figure 6. Prévalence autodéclarée des IMC < 25 chez les adultes de plus de 18 ans qui pratiquent la marche et le vélo dans le voisinage (2003)	28
Figure 7. Proportion d'employeurs (20 employés ou plus) au Canada qui ont adopté des stratégies visant à accroître l'activité physique chez les employés (2003)	37
Figure 8. Tendances relatives aux taux autodéclarés et aux taux d'obésité mesurés (IMC \geq 30) chez les adultes de 18 ans et plus (1978 à 2004)	40
Figure 9. Taux mesurés de surpoids et d'obésité chez les jeunes et les enfants de 2 à 17 ans (2004)	52

Figure 10. Tendances relatives aux taux autodéclarés et aux taux mesurés d'obésité (IMC \geq 30) chez les adultes des deux sexes de 18 ans et plus (1978 à 2004)	59
Figure 11. Dans quelle mesure croyez-vous que la réduction de l'obésité est importante pour la santé générale des Canadiens?	76

Tableaux

Tableau 1. Exemples d'initiatives de santé en milieu de travail portant sur l'obésité et ayant fait l'objet d'une évaluation	39
Tableau 2. Exemples d'initiatives de santé en milieu scolaire portant sur l'obésité et ayant fait l'objet d'une évaluation	48

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été mise sur pied en 1999. La mission de l'ISPC comporte deux volets :

- Aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- Contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

En tant qu'acteur de premier plan dans le domaine de la santé de la population, l'ISPC :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- commande des travaux de recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve concernant les expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et élabore des options politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'ICIS pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille et analyse l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Conseil de l'ISPC (novembre 2005)

Un conseil, composé de chercheurs et de décisionnaires renommés provenant des quatre coins du Canada, guide l'ISPC dans ses travaux.

- **Richard Lessard** (président), directeur, Prévention et santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux de Montréal, Québec
- **Monique Bégin**, professeure émérite, Faculté des sciences de la santé et professeure invitée, Programme en administration de la santé, Université d'Ottawa, Ontario
- **André Corriveau**, médecin hygiéniste en chef et directeur, Santé de la population, Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Territoires du Nord-Ouest
- **Lynn McIntyre**, professeure, Faculté des professions de la santé, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse
- **John Millar**, directeur exécutif, Unité de surveillance de la santé des populations et de planification du contrôle des maladies pour la régie provinciale des services de santé, Vancouver, Colombie-Britannique
- **Cordell Neudorf**, médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region, Saskatchewan
- **Ian Potter**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- **Gerry Predy**, médecin hygiéniste en chef, Capital Health, Alberta
- **Elinor Wilson**, chef de la direction, Association canadienne de santé publique
- **Michael Wolfson** (membre d'office), statisticien en chef adjoint, Secteur de l'analyse et du développement, Statistique Canada
- **Gregory Taylor** (membre d'office), directeur général, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), tient à exprimer sa reconnaissance aux nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'élaboration du rapport *Promouvoir le poids santé*. Nous tenons à remercier les membres du Groupe consultatif d'experts, qui nous ont fait profiter, tout au long de la rédaction du rapport, de leurs conseils inestimables. Les membres du Groupe consultatif d'experts étaient les suivants :

- **John Millar** (président), directeur exécutif, Unité de surveillance de la santé des populations et de planification du contrôle des maladies pour la régie provinciale des services de santé, Vancouver, Colombie-Britannique
- **Theresa Glanville**, professeure, Applied Human Nutrition, Université Mount Saint Vincent, Nouvelle-Écosse
- **Jean Harvey**, directeur exécutif intérimaire, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada
- **Hasan Hutchinson**, directeur adjoint, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada, Colombie-Britannique
- **Neil MacDonald**, directeur exécutif, Population Health Strategies, Alberta Health and Wellness, Alberta
- **Sylvie Stachenko**, sous-administratrice en chef de la santé publique, Agence de santé publique du Canada
- **Mark Tremblay**, conseiller scientifique principal de la mesure de la santé, Statistique Canada

Nous voulons également exprimer notre reconnaissance aux membres du comité de lecture qui ont évalué le rapport et qui nous ont fait profiter de leurs précieux commentaires :

- **Mary Bush**, directrice générale, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada
- **Peter Katzmarzyk**, professeur agrégé, School of Physical and Health Education, Université Queen's
- **Stephen B. Grundy**, chef des opérations, Coalition pour la vie active; Vertigo Project Management

Veuillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne traduisent pas nécessairement l'opinion du Groupe consultatif d'experts, des membres du comité de lecture ou de leur organisme affilié.

L'ISPC tient à remercier le conseil d'administration de l'ICIS et le Conseil de l'ISPC qui ont contribué, grâce à leur soutien et à leurs conseils, à la définition de l'orientation stratégique du rapport.

L'équipe de projet chargée de la production du rapport se composait des employés de l'ICIS suivants :

- **Elizabeth Votta**, gestion de projet et rédaction
- **Keith Denny**, recherche et rédaction
- **Uma Palaniappan**, coordination des données
- **Andrea Norquay**, coordination des politiques
- **Nadine Valk**, consultation en matière de politique et rédaction
- **Melanie Yugo**, analyse des données
- **Stephanie Paolin**, analyse des données et assurance de la qualité
- **Anne Markhauser**, analyse des données
- **John Beauchamp**, assurance de la qualité
- **Marissa McGuire**, rédaction et assurance de la qualité
- **Judy Threinen**, assurance de la qualité
- **Mélanie Josée Davidson**, assurance de la qualité
- **Melissa Blaauwbroek**, soutien administratif
- **Susan Charron**, soutien administratif
- **Les Foster**, consultation
- **Carol Brulé**, direction de la rédaction
- **Elizabeth Gyorfi-Dyke**, direction de la rédaction
- **Jennifer Zelmer**, direction de la rédaction

La production d'un rapport comme celui-ci met à contribution un grand nombre de personnes et plusieurs volets de l'organisation de l'ICIS. Nous voulons remercier tout les membres du personnel de l'ICIS pour la contribution qu'ils y ont apportée, y compris le personnel de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, des services de publication, de traduction, de communication et de distribution, ainsi que du secteur de la technologie de l'information et des normes d'infrastructure.

L'ISPC désire remercier Doug Willms (Faculté d'éducation, titulaire de la chaire de recherche du Canada (niveau 1) sur le développement humain, Université du Nouveau-Brunswick, Nouveau-Brunswick) pour sa contribution à certaines analyses de ce rapport.

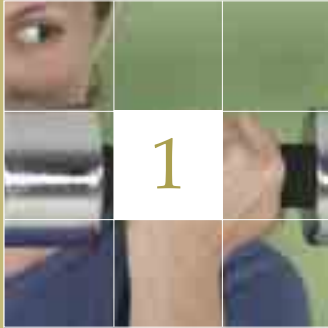
Nous voulons également remercier sincèrement les employés de Statistique Canada. Statistique Canada est reconnue comme une source précieuse de données et d'information à jour recueillies avec rigueur sans qui la production de rapports comme celui-ci serait impossible. L'information provenant de Statistique Canada est utilisée avec la permission de Statistique Canada. Les utilisateurs ne sont pas autorisés à copier les données ou à les rediffuser, dans leur forme originale ou non, à des fins commerciales, sauf s'ils en ont obtenu la permission de leur part. Il est possible de se procurer une vaste gamme de données produites par Statistique Canada en s'adressant aux bureaux régionaux de Statistique Canada, en consultant son site Web à www.statcan.ca ou en composant sans frais le numéro de téléphone 1 800 263-1136.

Nous tenons à souligner les efforts continus déployés par les chercheurs qui œuvrent dans le domaine de la santé de la population pour faire progresser nos connaissances et notre compréhension des questions importantes qui entourent les déterminants de la santé et les façons d'améliorer la santé de la population.



1

Une approche fondée sur la santé de la population pour promouvoir le poids santé



Les facteurs sociaux et
environnementaux

Que ce soit dans les grands titres des journaux ou dans des reportages à la radio ou à la télévision, l'obésité fait souvent les manchettes.

- *Au cours des 25 dernières années, on a observé une augmentation significative du taux global de surpoids et d'obésité chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans¹.*
- *L'obésité chez les adultes (18 ans et plus) a augmenté, passant de 14 % en 1978-1979 à 23 % en 2004².*
- *La plupart des personnes obèses courent un risque élevé de développer un grand nombre de maladies chroniques évitables^{3,4}, y compris mais non exclusivement les maladies cardiovasculaires^{4,6}, l'hypertension⁴, le diabète de type 2^{4,7}, l'arthrite⁸, et certains types de cancer⁹.*
- *Selon les résultats de la recherche, le nombre total de décès liés au surpoids et à l'obésité de 1985 à 2000 se chiffrait à plus de 57 000¹⁰.*
- *Les chercheurs estiment à 1,6 milliard de dollars les coûts directs totaux attribuables aux principales maladies chroniques liées au poids et auxquels a dû faire face le système de santé au Canada en 2001; si on ajoute les coûts indirects, ce chiffre atteint près de 4,3 milliards de dollars¹¹.*

L'obésité est un problème de santé qui affecte la population canadienne. La promotion du poids santé et le traitement de l'obésité constituent des questions complexes où interviennent à la fois notre constitution génétique¹²⁻¹⁴ et les choix individuels que nous faisons en ce qui a trait à l'alimentation et à l'activité physique⁴. L'obésité met également en jeu

les milieux social, culturel, physique et économique dans lesquels nous évoluons. Différents facteurs propres à ces milieux peuvent influencer les choix que nous faisons et ces choix, à leur tour, peuvent avoir une incidence sur notre poids corporel. Le présent rapport examine les facteurs liés aux milieux dans lesquels nous vivons, apprenons, travaillons et nous divertissons et qui facilitent — ou compliquent — les choix que nous faisons, en tant que Canadiens, pour atteindre et maintenir un poids santé.

Le rapport passe en revue les travaux de recherche récents, présente des analyses nouvelles* de données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (ENLEJ), et examine les politiques et les programmes pertinents dans six milieux et environnements distincts :

- Chapitre 2 : Milieu physique et communautaire;
- Chapitre 3 : Milieu de travail;
- Chapitre 4 : École;
- Chapitre 5 : Milieu de vie et milieu familial;
- Chapitre 6 : Environnement nutritionnel;
- Chapitre 7 : Services personnels de santé.

Le rapport conclut en résumant ce que nous savons et ce que nous ignorons, à l'intérieur de ces paramètres, de l'influence des facteurs sur le poids santé à l'échelle de la population, et met en évidence les possibilités de recherche stratégique et de recherche interventionnelle qui permettraient de combler les lacunes actuelles de nos connaissances en la matière.

* L'annexe A présente une vue d'ensemble des questions se rapportant à la mesure du surpoids et de l'obésité. Vous trouverez dans l'annexe B une description de la méthodologie (sources de données, variables, analyses statistiques) utilisée dans le présent rapport.

Les enjeux : Ce que nous savons et ce que nous ignorons

Nous en savons beaucoup et avons encore beaucoup à apprendre sur la promotion du poids santé. Afin de mieux comprendre le rôle des différents environnements dans les

décisions afférentes au poids santé, le rapport se penche sur certaines caractéristiques :

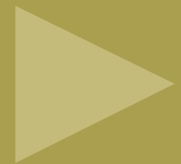
<p>Milieu physique et communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étalement urbain • Transport actif • Perceptions de la sécurité • Accès à des aires de loisirs et à des installations récréatives 	<p>Milieu de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentation saine • Activité physique • Politiques mises en place dans le milieu de travail 	<p>École</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentation saine • Activité physique • Programmes de santé coordonnés en milieu scolaire
<p>Milieu de vie et milieu familial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitudes alimentaires et comportements relatifs à l'activité physique des parents • Contrôle exercé par les parents sur l'alimentation des enfants • Apporter ou acheter son repas à l'école • Temps passé devant un écran et publicité 	<p>Environnement nutritionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insécurité alimentaire • Coûts des aliments et accès aux aliments • Dépenses alimentaires • Aliments riches en énergie • Restaurants-minute • Portions 	
		<p>Services personnels de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • À propos de l'utilisation des services de santé • Interventions spécialisées • Santé mentale et poids nuisible pour la santé • Programmes commerciaux de perte de poids

Une approche fondée sur la santé de la population pour promouvoir le poids santé

Un grand nombre de facteurs influent sur la santé et le bien-être des Canadiens, parmi lesquels le milieu social, culturel, physique et économique, les interactions entre les facteurs biologiques de l'individu et les comportements, et les services de santé.

L'approche fondée sur la santé de la population examine un grand nombre de facteurs individuels et collectifs appelés « déterminants de la santé ». Elle se penche tout particulièrement sur la manière dont ces déterminants sont interreliés et associés à la santé à long terme, examine les disparités sur le plan de la santé et applique les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être des populations¹⁵⁻¹⁸. Les pages qui suivent présentent des exemples de la façon dont ces facteurs influent sur le poids santé.

Ce que la recherche en dit





Niveau d'instruction



- Les données de Statistique Canada sur la grandeur et le poids mesurés révèlent un lien entre le niveau de scolarité et l'obésité chez les hommes et les femmes.
 - En 2004, les femmes âgées de 25 à 64 ans ayant fait des études inférieures au niveau secondaire étaient plus susceptibles d'être obèses que les femmes ayant fait des études postsecondaires².
 - En 2004, les hommes âgés de 25 à 64 ans n'ayant pas terminé leurs études secondaires affichaient un taux d'obésité plus élevé que les hommes du même âge ayant terminé leurs études postsecondaires².
- Les adultes ayant fait des études postsecondaires ont tendance à déclarer plus souvent qu'ils consomment des fruits et des légumes que les adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires²².



Statut socio-économique



- Les liens entre le statut socio-économique et le taux d'obésité sont complexes.
 - Les recherches antérieures ont démontré que les taux autodéclarés de prévalence du surpoids et de l'obésité sont plus élevés chez les femmes ayant un statut socio-économique plus faible que chez les femmes ayant un statut socio-économique plus élevé^{19, 20}.
 - Des données récentes sur la grandeur et le poids mesurés indiquent que, en 2004, les taux d'obésité étaient plus élevés chez les Canadiennes vivant dans des ménages à revenu moyen et moyen-supérieur que chez les femmes vivant dans des ménages au revenu le plus élevé; en revanche, les hommes vivant dans des ménages à revenu moyen-inférieur étaient moins susceptibles d'être obèses, par rapport aux hommes vivant dans des ménages au revenu le plus élevé².
- La recherche démontre que le niveau de revenu peut avoir un effet sur les conditions de vie de la famille, dont l'accès à des aliments sains en quantité suffisante²¹.



Réseaux de soutien social et milieu social



- Selon les résultats de la recherche, il existe un lien entre la « quantité » et la « fréquence » des interactions sociales, et l'activité physique. En d'autres mots :
 - Le niveau d'activité physique est plus élevé chez les Canadiens qui disent avoir un grand nombre d'amis et être entourés de plusieurs membres de leur famille²³.
 - Le niveau d'activité physique est plus élevé chez les Canadiens qui ont des contacts fréquents avec leurs amis et leur famille²³.
- Selon des recherches effectuées aux États-Unis, les gens sont plus susceptibles d'être actifs physiquement si leurs amis les complimentent sur leur habileté à exercer une activité physique quelconque²⁴.
- Selon des études réalisées aux États-Unis, les personnes qui déclarent que leurs voisins sont actifs ont aussi tendance à marcher davantage²⁵.



Emploi et conditions de travail



- Des recherches internationales montrent un lien entre les conditions de travail et le surpoids et l'obésité.
- Selon une étude américaine, les personnes qui occupent des emplois faisant appel à des niveaux élevés d'activité physique (p. ex. serveurs ou travailleurs de la construction) sont moins susceptibles d'être obèses²⁶.
- Une étude menée en Italie sur les travailleurs de l'industrie chimique a révélé que l'obésité était plus fréquente chez les travailleurs de quarts que chez les travailleurs affectés aux postes de jour seulement²⁷.
- Selon une étude longitudinale effectuée en Finlande sur un groupe d'hommes et de femmes âgés de 14 à 31 ans, les femmes sans emploi depuis plus d'un an étaient plus à risque que les autres d'être atteintes d'obésité à l'âge de 31 ans²⁸.
- Une étude menée en Suisse a établi que les femmes qui occupent des postes de bas échelon (définis comme des emplois manuels ou de niveau hiérarchique inférieur) étaient plus susceptibles de présenter un surpoids²⁹.



Développement de la petite enfance



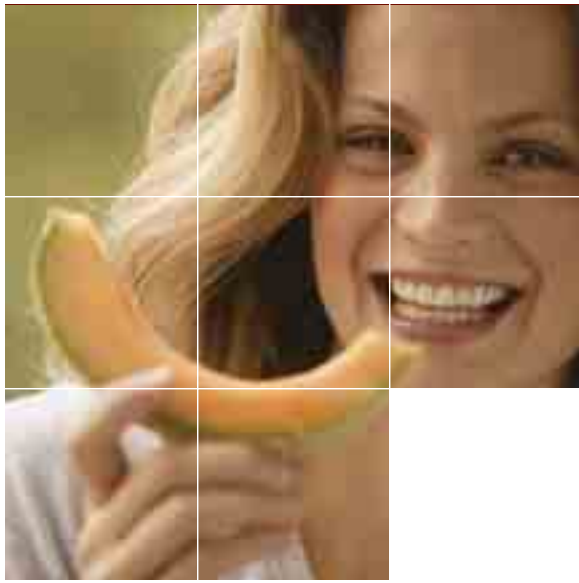
- L'Organisation mondiale de la Santé recommande que les nourrissons soient exclusivement alimentés au lait maternel pour les six premiers mois de leur vie³⁰. Des examens systématiques indiquent que l'allaitement est un facteur qui pourrait contribuer à protéger les enfants contre l'apparition de l'obésité juvénile^{4, 7, 31}.
- Un examen systématique démontre que les nourrissons que l'on considère comme obèses ou qui ont grandi rapidement au cours des premiers mois de leur vie étaient plus susceptibles que les autres nourrissons d'être obèses lorsqu'ils deviennent enfants, adolescents et jeunes adultes³².
- En 2004, 18 % des enfants et des jeunes canadiens (âgés de 2 à 17 ans, sauf dans les territoires) présentaient un surpoids; 8 % d'entre eux étaient obèses¹.



Milieu physique



- Des chercheurs ont découvert que certaines caractéristiques du voisinage, comme un éclairage adéquat des voies publiques et la présence de trottoirs, pouvaient être associées à une hausse de l'activité physique et de la marche, respectivement²⁵.
- La présence d'équipements récréatifs, de parcs, de terrains de sport et de terrains de jeux est associée à une plus grande activité physique²⁵.
- En Europe, les personnes qui habitent des zones résidentielles bien pourvues en espaces verts et moins couvertes de graffitis ou de déchets sont plus susceptibles d'être actives physiquement et moins susceptibles de présenter un surpoids ou d'être obèses que les personnes qui habitent des zones moins pourvues en espaces verts et couvertes de graffitis ou de déchets. Ces résultats sont demeurés inchangés même après avoir tenu compte de l'âge, du sexe, de la situation économique et du lieu de résidence des personnes³³.



Faculté d'adaptation et habitudes de vie personnelles



- L'activité physique régulière est un facteur qui peut exercer un effet protecteur sur la prise de poids nuisible pour la santé; en revanche, les occupations sédentaires et les loisirs inactifs sont des facteurs qui peuvent contribuer à la prise de poids nuisible⁴.
- Une forte consommation d'aliments énergétiques est un facteur de risque de l'obésité⁴.
- La relation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la consommation de fruits et de légumes est différente selon le sexe.
 - Les hommes qui ont un poids normal mangent plus souvent des fruits et des légumes que les hommes obèses²².
 - Les femmes qui ont un poids insuffisant ou normal, ou encore un surpoids, consomment plus souvent des fruits et des légumes que les femmes obèses²².
- On définit les critiques relatives au poids adressées dans le cadre d'une activité physique comme des « commentaires verbaux adressés à un enfant dans des lieux où l'on pratique des sports ou des activités physiques, qui tournent en ridicule le poids de l'enfant »³⁴ (p. 1).
 - Selon une étude américaine, les filles sont plus susceptibles que les garçons de faire l'objet de critiques sur leur poids.
 - Bien qu'il existe un lien entre les critiques relatives au poids et l'IMC, la baisse du plaisir qu'éprouve l'enfant à pratiquer un sport et la pratique d'un moins grand nombre d'activités physiques de loisir peu exigeantes, ce lien n'est pas aussi prononcé chez les enfants qui, devant les critiques, posent des gestes concrets, ont recours à la résolution de problèmes ou cherchent du soutien (stratégies de résolution de problèmes)³⁴.



Facteurs biologiques et génétiques



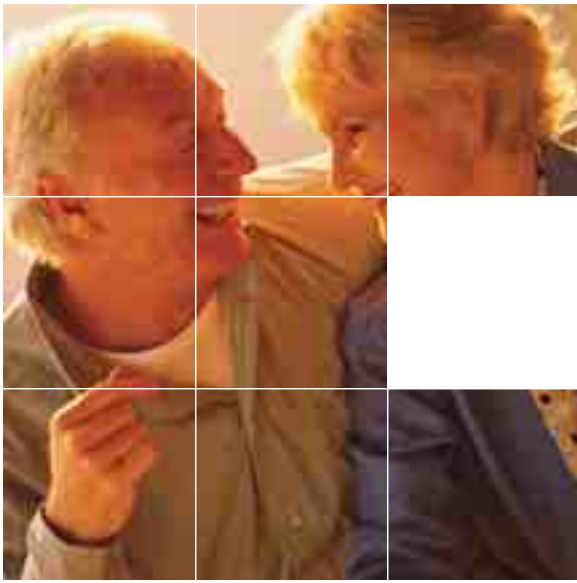
- Les chercheurs laissent entendre que l'obésité met en jeu des interactions entre les facteurs environnementaux et les facteurs génétiques^{12, 14}, mais le rôle précis que joue la génétique demeure obscur^{13, 14}.
- Il est possible que les gènes, qui ont une incidence sur la consommation de nourriture et sur le métabolisme, influent de différentes façons les formes communes de l'obésité¹².
- L'obésité abdominale est l'une des six composantes du « syndrome métabolique » — un ensemble de facteurs de risque qui accroît le risque, chez un individu, de maladies du cœur, de diabète et de plusieurs autres problèmes de santé³⁵.



Services de santé



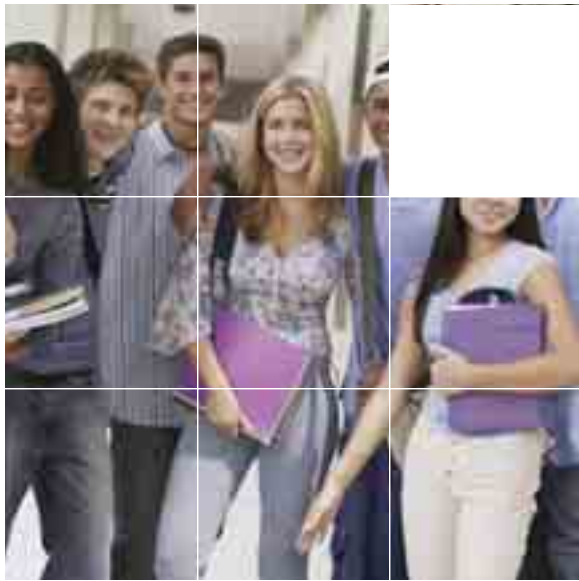
- Les personnes obèses ont tendance à consulter les professionnels de la santé plus souvent que les personnes qui ne souffrent pas d'obésité³⁶.
- Selon des recherches effectuées aux États-Unis, il n'est pas rare d'observer des attitudes négatives de la part du personnel des services de santé à l'égard du surpoids et des patients obèses^{37, 38}, même chez les professionnels de la santé qui traitent et étudient l'obésité³⁹.
- Selon des recherches effectuées aux États-Unis, les femmes qui souffrent d'obésité et d'obésité sévère, sauf dans le cas des mammographies, tarderaient davantage à faire appel à des services préventifs de santé que les femmes dont les variations du poids corporel se situent dans la moyenne⁴⁰.



Sexe



- En 2004, les Canadiens (23 %) et les Canadiennes (23 %) étaient tout aussi susceptibles d'être obèses; toutefois, en ce qui a trait aux trois catégories se rapportant à l'obésité, un plus grand nombre de femmes que d'hommes se trouvaient dans la classe III (IMC \geq 40)².
- Chez les femmes canadiennes, le fait d'avoir des enfants avant l'âge de 18 ans réduit les probabilités de voir celles-ci participer à des activités physiques durant leurs loisirs; chez les hommes, le fait d'avoir des enfants n'a pas été relié au niveau d'activité⁴³.



Culture



• Autochtones

- En 2004, les adultes vivant hors des réserves affichaient un taux d'obésité 1,6 fois plus élevé (38 %) que la moyenne canadienne (23 %)².
- Les résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations indiquent des différences sur le plan du poids autodéclaré entre les différents groupes d'âge des enfants membres des collectivités des Premières Nations. En 2002-2003, comparativement aux enfants de 3 à 5 ans, les enfants âgés de 9 à 11 ans étaient deux fois plus susceptibles d'avoir un surpoids (29 % par rapport à 13 %). Toutefois, les enfants de 3 à 5 ans étaient plus susceptibles d'être obèses que ceux âgés de 9 à 12 ans (49 % par rapport à 26 %)⁴⁴.

• Immigrants

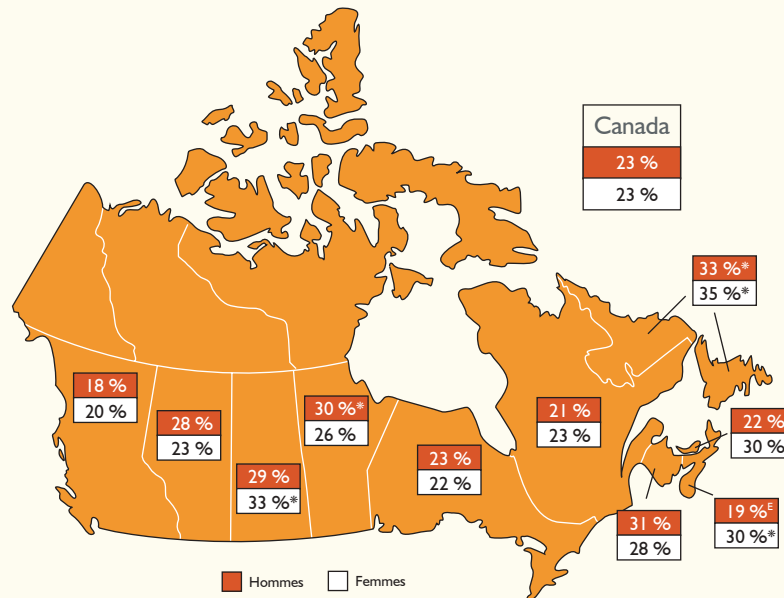
- Les immigrants qui sont arrivés au Canada il y a plus de 11 ans déclaraient présenter davantage un surpoids ou souffrir davantage d'obésité que les immigrants arrivés au Canada il y a 10 ans et moins⁴⁵.
- Les données canadiennes révèlent que, sans égard au moment de l'arrivée au Canada, les probabilités de présenter un surpoids étaient moins élevées chez les immigrants adultes originaires de l'Asie du Sud-Est et de l'Asie de l'Est que chez les immigrants de race blanche⁴⁵. Les probabilités de présenter un surpoids étaient plus élevées chez les immigrantes de longue date de race noire et chez les immigrantes de longue date originaires d'Amérique latine, comparativement aux immigrantes de race blanche⁴⁵.
- Chez les immigrants, comparativement aux Canadiens de naissance, la probabilité d'avoir un surpoids (ou d'être obèses, dans le cas des femmes) est plus faible à l'arrivée au pays, mais s'accroît pour atteindre, dans le cas de ceux qui sont au pays depuis 20 à 30 ans, des niveaux semblables à ceux observés chez les Canadiens de naissance⁴⁶.

Deux poids, deux mesures

Question	Observe-t-on des différences provinciales en ce qui a trait au taux d'obésité chez les adultes?
Réponse	Oui. Par rapport à la moyenne canadienne, on trouvait un plus grand nombre d'hommes adultes obèses à Terre-Neuve-et-Labrador et au Manitoba. On dénombre un plus grand nombre de femmes adultes obèses à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan ² .

Figure 1

Taux d'obésité mesurés (IMC \geq 30) chez les adultes de 18 ans et plus, Canada, sauf les territoires (2004)



Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada².

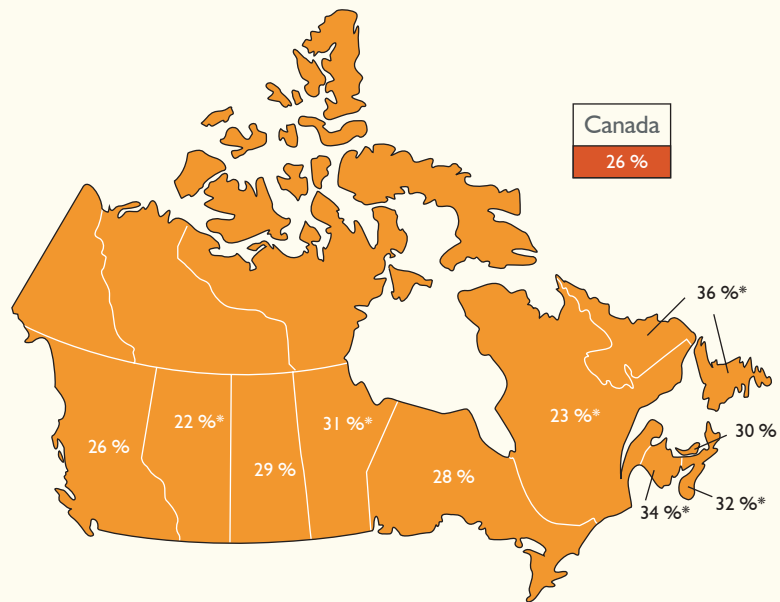
* Significativement différent de la moyenne canadienne, au seuil de 0,05.

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

Deux poids, deux mesures

Question	Observe-t-on des différences provinciales en ce qui a trait au taux de surpoids et d'obésité chez les enfants et les jeunes?
Réponse	Oui. En 2004, le taux de surpoids et d'obésité des jeunes de 2 à 17 ans dépassait de manière significative la moyenne canadienne (26 %) à Terre-Neuve-et-Labrador (36 %), au Nouveau-Brunswick (34 %), en Nouvelle-Écosse (32 %) et au Manitoba (31 %), tandis qu'il était nettement inférieur à la moyenne canadienne au Québec (23 %) et en Alberta (22 %) ¹ .

Figure 2
Taux de surpoids et d'obésité mesurés chez les jeunes et les enfants de 2 à 17 ans, Canada, sauf les territoires (2004)



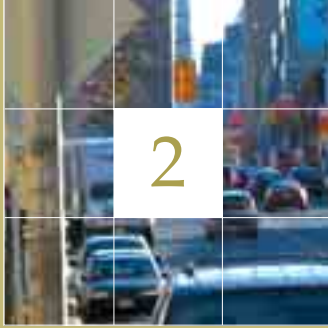
Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada¹.

* Significativement différent de la moyenne canadienne, au seuil de 0,05.

Remarque : Analyses fondées sur les critères de seuils normalisés d'IMC de l'International Obesity Task Force (IOTF) pour les 2 à 18 ans²⁰⁵.



2



Milieu physique et communautaire



Y a-t-il un lien entre l'endroit où l'on vit, la façon dont on se rend au travail ou à l'école et le poids santé?

Nos collectivités et les environnements résidentiels, scolaires et récréatifs qui nous entourent n'ont plus du tout l'allure qu'ils avaient au tournant du siècle dernier. Cette section traite de l'étalement urbain, du transport actif, du sentiment de sécurité dans la collectivité et de l'accès aux installations communautaires de loisir.

Étalement urbain et transport actif

On observe, depuis 85 ans, un lien entre la croissance de l'étalement urbain et la hausse de l'utilisation de l'automobile pour les déplacements personnels⁴⁷. L'étalement urbain se produit lorsque sont réunis les quatre facteurs suivants :

- Densité de population résidentielle;
- Diversité de l'utilisation de l'espace du voisinage (résidences, travail et services);
- Vigueur des centres d'activités et des centres urbains; et
- Accessibilité au réseau routier^{48, 49}.

Les caractéristiques qui sont souvent associées à l'étalement urbain sont, notamment :

- Collectivités relativement isolées ou peu densément peuplées;
- Développement aux limites ou à l'extérieur de la ville;

- Absence de centres d'activités bien définis;
- Développement urbain où les résidents dépendent de leur véhicule personnel pour se déplacer de la résidence au magasin, aux services et au lieu de travail;
- Temps de déplacement accru;
- Rues potentiellement dangereuses pour les piétons et les cyclistes;
- Réseaux de trottoirs incomplets⁴⁷⁻⁵⁰.

Dans les collectivités étalées, très peu de destinations se trouvent à une distance de marche raisonnable^{49, 51}. Aussi le discours sur l'étalement urbain accompagne-t-il souvent celui sur le transport actif et les façons d'encourager les gens à emprunter d'autres moyens de transport que leur véhicule pour se déplacer⁵². S'entend par transport actif le mode de déplacement adopté par une personne pour se déplacer d'un endroit à un autre dans un but précis⁵³, par exemple à l'école ou au travail, chez des amis ou dans un magasin.

Selon la Table ronde sur le transport actif de 2003, le « transport actif consiste à opter pour des modes de transport à propulsion humaine, comme la marche, le

vélo, le fauteuil roulant, les patins à roues alignées, la planche à roulettes ou le ski, dans le but de protéger l'environnement et d'améliorer sa santé »⁵⁴ (p. 7).

Qu'est-ce que le transport actif?

Qu'est-ce que l'indice de masse corporelle (IMC)?	Classification	
	Catégorie de l'IMC (kg/m ²)	
	Poids insuffisant	< 18,5
	Poids normal	18,5-24,9
	Excès de poids	25,0-29,9
	Obésité	
	• Classe I	30,0-34,9
	• Classe II	35,0-39,9
	• Classe III	≥ 40,0

L'IMC est utilisé pour établir les risques pour la santé liés au poids chez les personnes de 18 ans et plus. Santé Canada indique que, dans le cas des personnes de 65 ans et plus, « l'intervalle normal de l'IMC peut s'étendre à partir d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle de l'excès de poids »⁵⁶ (p. 10).

Les recherches indiquent que plusieurs facteurs interviennent dans le choix d'un moyen de transport actif :

- La proximité ou la distance entre le point de départ (par exemple, la maison) et la destination (par exemple, le travail)⁵⁵;
- La connectivité ou la facilité (soit l'accès direct) avec laquelle s'effectue le déplacement du point de départ jusqu'à la destination⁵⁵;
- Les avantages sur le plan de la santé (par exemple, l'amélioration de l'état de santé par l'activité physique)⁵⁴;
- Les avantages sur le plan de l'environnement (par exemple, la réduction de la pollution atmosphérique)⁵⁴;
- Les avantages sur le plan de la qualité de vie (par exemple, la réduction du bruit de la circulation et des engorgements)⁵⁴;
- Le coût (du stationnement, par exemple)⁵⁴.

Le milieu de vie peut encourager ou gêner une personne dans le choix d'un mode de vie actif.

Pour évaluer le lien possible entre l'IMC autodéclaré et la région géographique dans laquelle vit la personne, l'ISPC a examiné les données pertinentes provenant de l'ESCC de 2003 et du Recensement de 2001 (se reporter à l'encadré pour consulter les définitions utilisées dans le recensement)[†]. Selon les analyses effectuées par l'ISPC, 70 % des Canadiens habitent un noyau urbain. De plus, les analyses révèlent que les personnes qui résident dans un noyau urbain sont plus susceptibles d'avoir un IMC < 25 (voir plus haut) que celles qui vivent dans d'autres zones urbaines (banlieues urbaines, zones urbaines situées à l'extérieur des RMR/AR et noyaux urbains secondaires) ou dans des régions rurales (banlieues rurales et régions rurales situées à l'extérieur des RMR/AR) (voir la figure 3)[§].

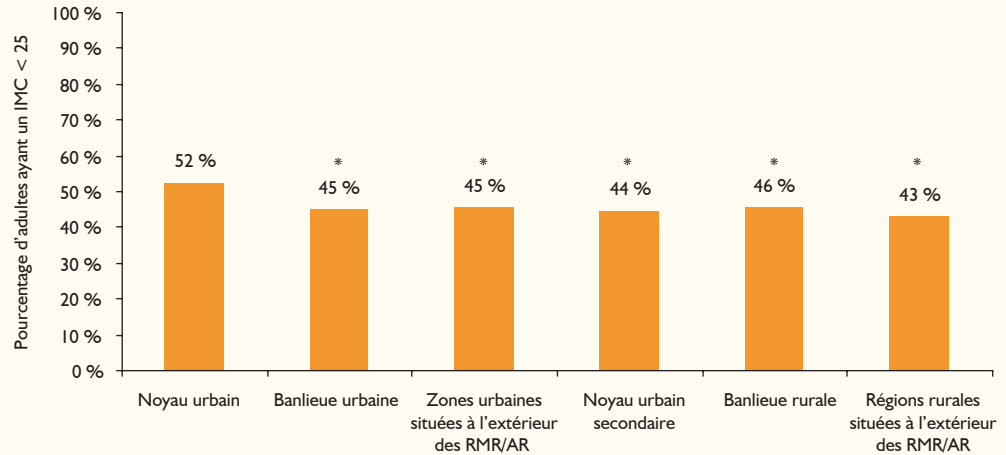
Les femmes qui résident dans un noyau urbain sont plus susceptibles d'avoir un IMC < 25 que les femmes qui résident à l'extérieur des RMR/AR et des régions rurales. Dans le même ordre d'idées,

Urbain... rural... mais encore ⁵⁷ ?	Région métropolitaine de recensement (RMR) ou agglomération de recensement (AR)	Territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines qui sont situées autour d'un grand centre urbain. Pour qu'une RMR soit considérée comme telle, le centre urbain doit compter au moins 100 000 personnes. Pour qu'une AR soit considérée comme telle, le centre urbain doit compter au moins 10 000 personnes.
	Noyau urbain	Grande région urbaine autour de laquelle les limites d'une RMR ou d'une AR sont définies. Les noyaux urbains qui se trouvent dans les RMR comptent au moins 100 000 personnes. Les noyaux urbains qui se trouvent dans les AR doivent compter entre 10 000 et 99 999 personnes.
	Banlieue urbaine	Petite région urbaine faisant partie d'une RMR ou d'une AR qui compte moins de 10 000 habitants et qui n'est pas adjacente au noyau urbain d'une RMR ou d'une AR.
	Noyau urbain secondaire	Noyau urbain d'une AR qui a été fusionnée à une RMR voisine ou à une plus grande AR.
	Banlieue rurale	Toute région faisant partie d'une RMR ou d'une AR, qu'on ne peut qualifier de noyau urbain ou de banlieue urbaine.

† Puisque l'ESCC, Cycle 2.2 (2004) n'avait pas encore été publiée, les données relatives à la grandeur et au poids n'étaient pas disponibles au moment où les analyses ont été effectuées.

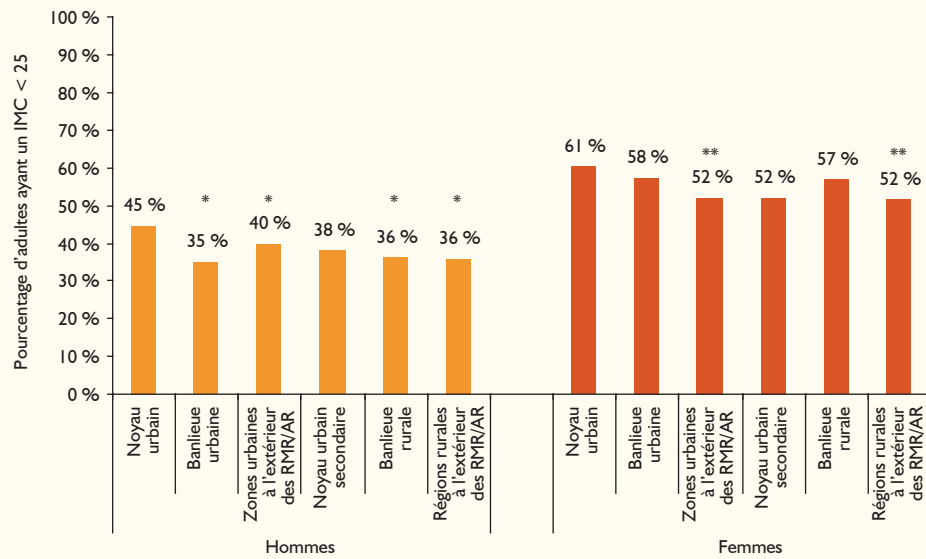
§ Les valeurs de l'IMC présentées aux figures 3 et 4 n'ont pas été corrigées en fonction de l'âge et du sexe. Pour les besoins de l'analyse, nous considérons qu'un IMC < 25 correspond au poids des personnes classées dans les catégories de poids insuffisant et normal telles que définies dans les lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes de Santé Canada. Parmi les 49 % de Canadiens figurant dans cette catégorie, 4 % avaient un poids insuffisant (IMC < 18,5) et l'IMC des autres était considéré comme normal (entre 18,5 et 24,9).

Figure 3
Prévalence autodéclarée des IMC < 25 selon le milieu géographique chez les adultes de 18 ans et plus (2003)



Sources : ESCC, Cycle 2.1 (2003) et Recensement de 2001, Statistique Canada (totalisation spéciale).
* Significativement différent du noyau urbain, au seuil de 0,05.

Figure 4
Prévalence autodéclarée des IMC < 25 selon le milieu géographique et le sexe chez les adultes de 18 ans et plus (2003)



Sources : ESCC, Cycle 2.1 (2003) et Recensement de 2001, Statistique Canada (totalisation spéciale).
* Significativement différent des hommes qui vivent dans un noyau urbain, au seuil de 0,05.
** Significativement différent des femmes qui vivent dans un noyau urbain, au seuil de 0,05.

Les hommes qui résident dans un noyau urbain sont plus susceptibles de déclarer avoir un IMC < 25 que les hommes qui résident en marge des centres urbains ou que les hommes qui résident dans les régions rurales et urbaines à l'extérieur des RMR/AR (voir la figure 4).

Étalement urbain, transport actif et activité physique

Plusieurs chercheurs ont commencé à se pencher sur la relation entre l'étalement urbain et l'activité physique⁵⁸. Au Canada, environ 12 % des déplacements urbains s'effectuent à pied ou à vélo. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui observé aux États-Unis (7 %), mais bien inférieur aux taux observés aux Pays-Bas (46 %) et au Danemark (41 %)⁵⁹. Pour ce qui est de l'activité physique en tant que telle, les nouvelles analyses de l'ISPC concernant les données sur l'activité physique présentées dans l'ESCC de 2004 indiquent que 18 % des adultes canadiens de 18 ans et plus sont actifs, 58 % d'entre eux sont inactifs et les autres sont moyennement actifs (25 %)*.

Les études qui comparent les collectivités établies depuis longtemps et les collectivités nouvellement établies rapportent des conclusions similaires. L'aménagement des collectivités établies depuis longtemps reposait sur l'idée selon laquelle très peu de personnes possèdent ou utilisent un véhicule personnel; l'épicerie, par exemple, se trouvait généralement à une distance de marche raisonnable de la maison⁶¹. Les collectivités établies avant 1946 ont tendance à être dotées d'un plus grand nombre de rues et de trottoirs interconnectés et d'un mélange plus varié d'habitations, de magasins et de services^{49,62}. Comparativement aux résidents des régions urbaines et des banlieues qui habitent des maisons construites après 1973, les résidents des régions urbaines et des banlieues qui habitent des maisons construites entre 1946 et 1973 sont plus susceptibles de parcourir 1 mille (1,6 kilomètres) et plus, 20 fois par mois⁶³.

Dans son *Bulletin de santé annuel des Canadiens et des Canadiennes* de 2005, la Fondation des maladies du cœur du Canada a examiné les données tirées du Sondage auprès des municipalités canadiennes. Le *Bulletin de santé* révèle que les plus grandes agglomérations ont tendance à encourager davantage la marche ou l'utilisation du vélo en aménageant des voies

Les résidents des quartiers « très passants » ont déclaré s'être déplacés plus souvent à pied ou à vélo.

À la différence des collectivités étendues, la densité de la population a tendance à être plus élevée dans les « secteurs » piétonniers; l'utilisation du terrain y est plus diversifiée et il est plus facile de s'y déplacer entre un point de départ et une destination⁶⁰. Comparativement aux résidents qui habitent des secteurs moins bien aménagés pour la marche, les résidents des secteurs bien aménagés pour favoriser la marche disent effectuer un plus grand nombre de déplacements à pied ou à vélo⁵³ et sont davantage susceptibles de pratiquer des activités physiques d'intensité modérée à intense d'une durée de 30 minutes ou plus par jour⁶⁰.

cyclables le long des routes, des routes sécuritaires pour les piétons et les cyclistes, ainsi que des pistes et des sentiers hors route interdits à la circulation des véhicules motorisés⁶⁴. Toujours dans le *Bulletin de santé*, on ajoute que les résidents des grands centres urbains ont rapporté des taux plus élevés (87 %) de pratique de la marche ou du vélo dans les activités quotidiennes que le reste du Canada (60 %)⁶⁴. Les résidents des grands centres urbains ont aussi dit recourir, dans une plus grande proportion, à la marche, au vélo ou au transport en commun pour se rendre au travail (34 % des résidents des grands centres urbains par rapport à 18 % dans le reste du Canada)⁶⁴.

* En raison de l'arrondissement, les taux peuvent ne pas évaluer 100.

Étalement urbain, transport actif et poids santé

Même si les villes de Calgary (5^e position), de Vancouver (6^e position) et de Toronto (9^e position) font partie des 10 régions métropolitaines les plus tentaculaires à l'extérieur des États-Unis⁶⁵, très peu de recherches publiées portent sur le lien entre l'étalement urbain, le transport actif et l'obésité au Canada⁶⁶.

La recherche actuelle menée aux États-Unis indique que chaque heure passée à conduire une voiture quotidiennement augmente de 6 % la probabilité d'être obèse⁶⁷. Dans son *Bulletin de santé annuel des Canadiens et des Canadiennes* de 2005, la Fondation des maladies du cœur rapporte un résultat similaire : elle démontre, en effet, que les canadiens qui dépendent de leur automobile font moins d'activité physique et présentent un risque accru de surpoids ou d'obésité⁶⁴. Le Bulletin de santé ajoute que chaque kilomètre parcouru à pied quotidiennement réduit de 5 % la probabilité d'être obèse⁶⁴.

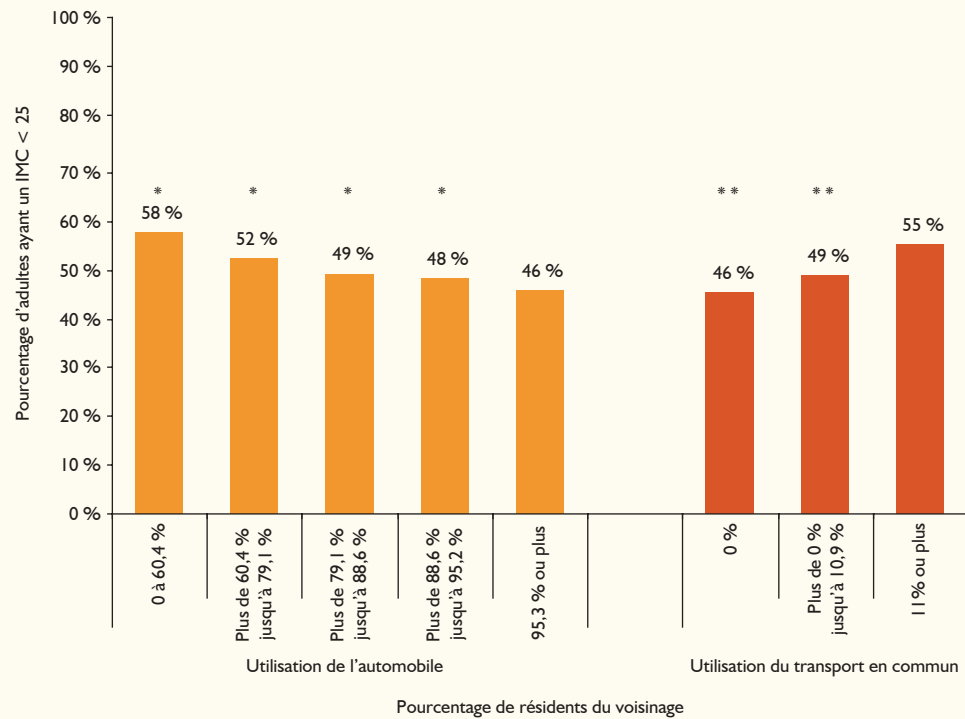
Récemment, on a examiné l'influence que peuvent avoir sur l'IMC au Canada urbain les caractéristiques du voisinage et des zones métropolitaines (par exemple, le niveau de scolarité des résidents du voisinage, la densité de logement et l'étalement urbain)²¹². Après neutralisation des caractéristiques socio-démographiques et des comportements individuels, on a constaté que les IMC avaient tendance à être plus élevés chez les personnes qui vivent dans des secteurs qui comptent une proportion importante de personnes moins instruites, que chez celles qui vivent dans des secteurs qui comptent un grand nombre de personnes ayant un niveau de scolarité élevé. Pour les hommes seulement, on a associé les IMC les plus bas aux secteurs habités par une grande proportion d'immigrants récents, tandis que les IMC les plus élevés étaient associés aux zones urbaines étalées²¹².

Prenant appui sur les travaux de recherche qui exposent les bénéfices pour la santé associés aux choix favorisant une vie active, l'ISPC a effectué de nouvelles analyses dans le but d'examiner le lien entre différents moyens de transport (actifs et inactifs) et les IMC autodéclarés en fonction du voisinage. Ces analyses ont indiqué que les Canadiens qui vivent dans des secteurs dont la majorité des résidents se rendent au travail en voiture sont moins susceptibles de rapporter un IMC < 25 que ceux qui vivent dans des secteurs qui comptent un plus petit nombre de personnes qui se rendent au travail en voiture (voir la figure 5)**.

Les nouvelles analyses conduites par l'ISPC révèlent aussi que les Canadiens qui vivent dans des secteurs dont un certain nombre de résidents se déplacent à vélo ou empruntent les transports en commun pour se rendre au travail sont plus susceptibles d'avoir un IMC < 25 que ceux qui vivent dans des secteurs qui en comptent moins. Tel que souligné plus haut, l'utilisation de la bicyclette pour se rendre au travail et pour rentrer du travail constitue une forme de transport actif. Par ailleurs, certains considèrent le transport en commun comme une forme de transport actif, car il remplace un grand nombre de véhicules personnels circulant sur les routes (réduisant, du même coup, la pollution atmosphérique et la congestion de la circulation)⁶⁸ et fait intervenir l'activité physique nécessaire pour se rendre à pied à l'arrêt du service de transports en commun et en revenir. Les analyses de l'ISPC montrent que la prévalence d'un IMC < 25 est semblable chez les Canadiens qui vivent dans des secteurs dont les résidents ne se rendent jamais au travail à pied, se rendent au travail à pied jusqu'à 6 % du temps, et se rendent au travail à pied plus de 6 % du temps (voir la figure 6).

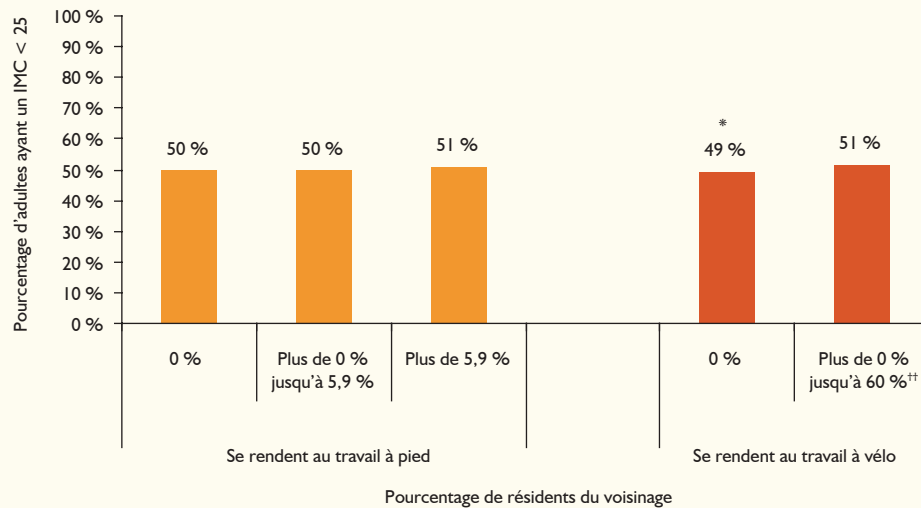
** Les valeurs de l'IMC présentées aux figures 5 et 6 n'ont pas été corrigées en fonction de l'âge et du sexe. Pour les besoins de l'analyse, nous considérons qu'un IMC < 25 correspond au poids des personnes classées dans les catégories de poids insuffisant et normal telles que définies dans les lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes de Santé Canada. Parmi les 49 % de Canadiens figurant dans cette catégorie, 4 % avaient un poids insuffisant (IMC < 18,5) et l'IMC des autres était considéré comme normal (entre 18,5 et 24,9).

Figure 5
Prévalence autodéclarée des IMC < 25 selon l'utilisation de l'automobile dans le voisinage et du transport en commun chez les adultes de plus de 18 ans (2003)



Sources : ESCC, Cycle 2.1 (2003) et Recensement de 2001, Statistique Canada (totalisation spéciale).
 * Significativement différent de la proportion de 95,3 % ou plus qui se rend au travail en voiture, au seuil de 0,05.
 ** Significativement différent de la proportion de 11 % ou plus qui emprunte le transport en commun pour se rendre au travail, au seuil de 0,05.

Figure 6
Prévalence autodéclarée des IMC < 25 chez les adultes de plus de 18 ans qui pratiquent la marche et le vélo dans le voisinage (2003)



Source : ESCC, Cycle 2.1 (2003) et Recensement de 2001, Statistique Canada (totalisation spéciale).
 * Significativement différent de la proportion située entre 0 et 60 % qui se rend au travail à vélo, au seuil de 0,05.
 †† Aucun secteur ne compte une proportion supérieure à 60 % de résidents qui disent se rendre au travail à vélo.

Quel est le lien entre les caractéristiques de la collectivité et le poids santé?

Perception de la sécurité

- La recherche démontre que le fait de se sentir en sécurité dans son voisinage est lié au transport actif chez les personnes âgées⁶⁹ et les enfants⁷⁰, ainsi qu'à l'activité physique chez les adultes⁷¹ et les jeunes⁷².

Personnes âgées

- Une analyse documentaire portant sur 27 études a permis de constater que, chez les personnes âgées, un voisinage peu esthétique et peu attrayant, de même qu'un sentiment d'insécurité causé par la présence de chiens laissés sans surveillance ou par un éclairage inadéquat, sont reliés à la réduction de l'activité physique⁶⁹.

Adultes

- En 1999, 23 % des adultes canadiens affirmaient que leurs préoccupations quant à la sécurité les empêchaient de marcher ou de faire de la bicyclette. Parmi ces préoccupations, mentionnons la circulation routière trop intense, la délinquance urbaine, les rues et les trottoirs mal éclairés, et les trottoirs et les voies cyclables mal entretenues⁷¹.
- En 2002, 65 % des adultes canadiens âgés de 15 ans et plus étaient d'avis qu'il se trouvait dans leur collectivité locale plusieurs endroits sécuritaires, dont les trottoirs, les sentiers et les allées piétonnières. Trente-sept pour cent (37 %) ont indiqué qu'il y avait, dans leur collectivité, plusieurs endroits sécuritaires pour faire du vélo, comme des pistes et voies cyclables⁷³.

Jeunes

- Une étude menée aux États-Unis sur les jeunes de 11 à 16 ans a révélé que l'amélioration des conditions sociales propres au voisinage (comme les relations avec les voisins et la sécurité perçue) a augmenté le niveau d'activité physique qui y est pratiquée⁷².
- Une autre étude menée aux États-Unis indique que la perception des gens en ce qui a trait à la présence d'adultes fiables dans les installations locales (gymnases, parcs et centres communautaires, par exemple) était reliée à une fréquence accrue des activités physiques pratiquées par les jeunes⁷⁴.

Enfants

- Parmi les obstacles qui empêchent leurs enfants de se rendre à l'école à pied, les parents ont mentionné, notamment, les distances trop grandes entre la maison et l'école (53 %) et les conditions météorologiques (11 %). On rapporte que la distance à parcourir jusqu'à l'école (30 %), la circulation (26 %) et les conditions météorologiques (12 %) constituent des obstacles empêchant les enfants de se rendre à l'école à vélo⁷⁰.
- Trente-sept pour cent (37 %) des enfants canadiens de 5 à 13 ans et 33 % des jeunes de 14 à 18 ans se rendent à l'école à pied au moins la moitié du temps⁷⁰. Bien que 9 enfants sur 10 possèdent une bicyclette, seulement 5 % se déplacent à vélo pour aller à l'école la plupart du temps. Cette proportion augmente légèrement (9 %) dans le cas des enfants dont la demeure se situe entre un et trois kilomètres de l'école⁷⁰.

Fait-il vraiment trop froid pour faire de l'exercice?

Certains chercheurs, bien que peu nombreux, commencent à se pencher sur l'association entre l'activité physique et les conditions météorologiques, en particulier par temps froid.

Une étude sur les différentes catégories de conditions météorologiques menée dans 355 comtés américains a révélé que le pourcentage d'adultes qui suivent les recommandations en matière d'exercice physique est plus élevé en été et plus bas en hiver⁷⁵. Une autre étude effectuée aux États-Unis indique que les activités modérées liées à l'entretien ménager, combinées avec les activités de loisir, étaient deux fois plus nombreuses en été qu'en hiver⁷⁶. Une autre étude effectuée aux États-Unis sur les activités physiques de loisir indique que la dépense énergétique, chez les adultes, diminuait de 21 % en hiver et de 16 % en automne, comparativement à celle observée au printemps et en été⁷⁷. En ce qui concerne l'IMC et le tour de taille, une étude de

quatre ans, menée aux Pays-Bas sur des adultes âgés de 20 à 59 ans, a révélé que les mesures de l'IMC et du tour de taille étaient, chaque été, moins élevées que celles effectuées l'hiver précédent⁷⁸.

Au dire de certains chercheurs, compte tenu des froids intenses que connaissent certaines régions du Canada, les campagnes de promotion de la santé auraient avantage à chercher des façons d'encourager la pratique à long terme de l'exercice physique et de surmonter les obstacles à l'activité physique⁷⁶. Ces campagnes pourraient donner de l'information sur les effets salutaires de l'activité physique sur la santé et faire connaître à la population les différentes possibilités « qu'offrent les saisons et les conditions météorologiques, tout en insistant sur les aspects pratiques et esthétiques de ces possibilités, et sur leur accessibilité et leur caractère sécuritaire [traduction] »⁷⁵ (p. 379).

Accès à des aires de loisirs et à des installations récréatives

Des études indiquent que l'accès à des aménagements récréatifs, parmi lesquels des pistes cyclables, des espaces libres publics, des sentiers et des programmes d'activité physique, de même que l'aspect esthétique du voisinage et le soutien des amis, de la famille ou des employés des installations récréatives, est relié à l'augmentation du niveau d'activité physique récréative^{79,82}. Le nombre de destinations situées à distance de marche (par exemple, les épiceries, les restaurants, les écoles), la disponibilité du transport en commun et le nombre de personnes actives dans le voisinage sont aussi reliés à des niveaux accrus d'activité physique chez les adultes qui vivent en zone urbaine⁸⁰.

Outre la disponibilité des programmes d'activité physique, le coût est un autre élément qui touche l'accès aux installations récréatives. Selon le *Canada's Report Card on Physical Activity for Children and Youth* de 2005, bien que 97 % des municipalités canadiennes disent offrir aux enfants et aux jeunes des programmes communautaires, peu d'entre elles (54 %) déclarent fournir des subventions aux familles à faible revenu⁸³. En ce qui a trait aux données tirées du Sondage auprès des municipalités canadiennes de 2000, les auteurs du Report Card ajoutent que les données qui permettraient d'évaluer dans quelle mesure les municipalités canadiennes favorisent la marche et le jeu, ou de déterminer la qualité des programmes sportifs et des programmes de loisir offerts dans l'ensemble du pays, sont insuffisantes⁸³.

Saskatoon in motion⁸⁴

Saskatoon *in motion* est un exemple de programme communautaire de promotion de l'activité physique qui fait appel à la collaboration des membres de la collectivité, à la connaissance de la collectivité, à des stratégies communautaires ciblées et à une évaluation continue. Ce programme cherche à amener tous les citoyens de Saskatoon à intégrer à leur vie quotidienne la pratique régulière de l'activité physique. Les résidents de Saskatoon et de ses environs ont participé

à un sondage, au printemps 2000 d'abord (avant le lancement du programme), puis en 2001, en 2002 et en 2004. Des 1 627 résidents qui ont répondu au sondage de 2004, 50 % se disaient suffisamment actifs pour bénéficier d'une bonne santé. Cette proportion est supérieure à celle relevée en 2000 (36 %), mais très semblable à celle de 2002 (49 %). Le programme Saskatoon *in motion* a été étendu depuis à la grandeur de la province pour devenir Saskatchewan *in motion*⁸⁵.

Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, les preuves appuyant l'efficacité à long terme des interventions communautaires en matière de prévention et de traitement de l'obésité chez les adultes ne sont pas concluantes. En 1999, le Groupe d'étude a conclu que les programmes communautaires de prévention de l'obésité qui faisaient appel à des séminaires, à des troupes pédagogiques et au marketing social ne constituaient pas des moyens efficaces pour amener les adultes à perdre du poids⁸⁶. En revanche, le Groupe d'étude a souligné l'existence de problèmes méthodologiques liés à l'évaluation des programmes, qui empêchent de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de ces derniers⁸⁶.

Plus récemment, en 2002, le U.S. Task Force on Community Preventive Services a fait état de la présence probante de bon nombre de stratégies communautaires visant à augmenter l'activité physique, notamment :

- Des campagnes d'envergure dans toute la collectivité;
- L'édification et le maintien d'interventions en réseaux (par exemple, des systèmes de surveillance mutuelle) favorisant des changements de comportement;
- La création ou l'amélioration de l'accès aux sites d'activité physique (par exemple, des nouvelles pistes ou la réduction des frais d'établissement)¹¹⁷.

Notons toutefois que le Groupe d'étude a évalué seulement l'efficacité de ces interventions dans le but d'augmenter l'activité physique et non de prévenir ou traiter l'obésité.

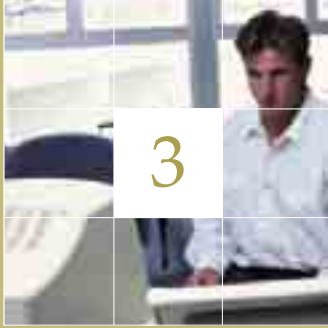
ParticipACTION est un exemple d'initiative nationale qui cible les Canadiens de toutes les collectivités du pays. Elle a été mise sur pied pour donner suite aux préoccupations relatives à la santé et à la condition physique des Canadiens ainsi qu'à la hausse rapide des coûts des soins de santé⁸⁷. ParticipACTION avait pour mandat de sensibiliser le public aux bienfaits de ce qu'on appelle aujourd'hui une vie active, d'encourager les principaux décideurs à créer des cadres de vie qui favorisent une vie active⁸⁸ et de motiver tous les Canadiens à adopter un mode de vie plus actif⁸⁷. Il est difficile d'évaluer la réussite de ParticipACTION. Par exemple, on n'a pas subdivisé la population en groupes d'intervention et de contrôle qui auraient reçu et

n'auraient pas reçu le message de ParticipACTION. De plus, bien que l'on puisse affirmer que les campagnes de masse qui font appel au marketing social permettent de rappeler à court terme le message relatif à l'activité physique⁸⁹, aucune recherche ne fait état des effets de ParticipACTION sur les changements de comportement à long terme. Les sondages qui évaluaient dans quelle mesure l'initiative ParticipACTION était connue au sein de la collectivité indiquent que, entre 1971 et 2002, les adultes canadiens en reconnaissaient l'image de marque et se disaient plus actifs depuis la campagne de ParticipACTION, qui a pris fin en 2001⁸⁸.


ParticipACTION



3



Milieu de travail



Il semble exister un lien entre l'activité physique en milieu de travail et l'obésité. Mais ce lien repose-t-il sur le travail en tant que tel? ou plutôt sur les stratégies de promotion de la santé en milieu de travail? ou sur autre chose?

Si l'école peut devenir le cadre d'activités de promotion du poids santé auprès des jeunes et des enfants, le milieu de travail peut jouer le même rôle auprès des adultes⁹⁰⁻⁹³. Compte tenu de la grande concentration de personnes qui occupent les lieux de travail, des voies de communication qui s'y trouvent et du temps que consacrent les adultes au travail, le milieu de travail peut s'avérer utile pour joindre un grand nombre d'adultes dans la promotion du poids santé^{90, 92}.

Les nouvelles analyses effectuées par l'ISPC révèlent que les adultes (18 ans et plus) vivant dans des ménages du quintile de revenu supérieur étaient moins susceptibles d'être inactifs (50 %) que ceux vivant dans des ménages des quintiles de revenu inférieur (66 %),

moyen-inférieur (67 %), moyen (64 %) et moyen-supérieur (58 %). On observe cette tendance chez les femmes et chez les hommes.

Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada (totalisation spéciale).

L'activité physique chez les adultes : le revenu a-t-il un rôle à jouer?

Alimentation saine, activité physique et autres facteurs

Il existe des variations énormes entre les niveaux d'activité physique requis par les divers métiers et professions. Certains emplois, comme caissier de banque ou la réception, exigent des employés qu'ils se tiennent debout presque toute la journée. Les métiers de la construction font appel à des niveaux élevés de travail physique. Dans d'autres cas, les employés effectuent leur travail assis devant un ordinateur. Les avancées technologiques ont transformé plusieurs milieux de travail, qui autrefois plus exigeants sur le plan physique, font désormais appel à des activités plus sédentaires⁹⁴. La recherche révèle que, chez les employés qui déploient un niveau élevé d'activité physique au travail comme ceux qui effectuent un travail manuel, la probabilité d'être obèse est plus faible^{19, 26}.

Outre l'importance du lien entre l'activité physique et la conception des tâches à effectuer dans le cadre du travail, l'activité physique et l'alimentation saine sont d'autres éléments qui peuvent faire partie des stratégies de promotion de la santé en milieu de travail. Les conclusions présentées par des examens systématiques de l'efficacité des programmes d'activité physique mis sur pied sur les lieux de travail pour améliorer la santé des employés, proposent des conclusions contrastées^{92, 95, 96}.

- Certains examens dénotent qu'on ne dispose d'aucune étude rigoureuse sur le plan méthodologique⁹².
- D'autres examens rapportent des liens entre les programmes d'activité physique en milieu de travail (comme les exercices d'aérobic et l'entraînement de la force musculaire) et l'augmentation de l'activité physique⁹⁵.

- Un essai contrôlé et randomisé a rapporté que le counselling individuel offert sur les lieux de travail était associé à une dépense énergétique accrue, à la réduction du tissu adipeux et du taux de cholestérol dans le sang, et à l'amélioration de la capacité cardiorespiratoire⁹⁷.
- D'autres examens n'ont pu démontrer une relation significativement positive entre les programmes d'activité physique en milieu de travail, la santé générale, l'aptitude physique ou le poids^{92, 95}.
- D'autres examens, comme celui mené par le U.S. Task Force on Community Preventive Services, concluent que les interventions sur les lieux de travail qui conjuguent des initiatives axées sur le régime alimentaire et sur l'activité physique s'avèrent efficaces pour aider les employés à lutter contre le surpoids et l'obésité⁹⁶.

Les différences observées dans les conclusions donnent à penser que le rôle que jouent les stratégies de promotion de la santé en milieu de travail sur la promotion du poids santé doit être davantage précisé.

Politiques des employeurs en matière de promotion du poids santé

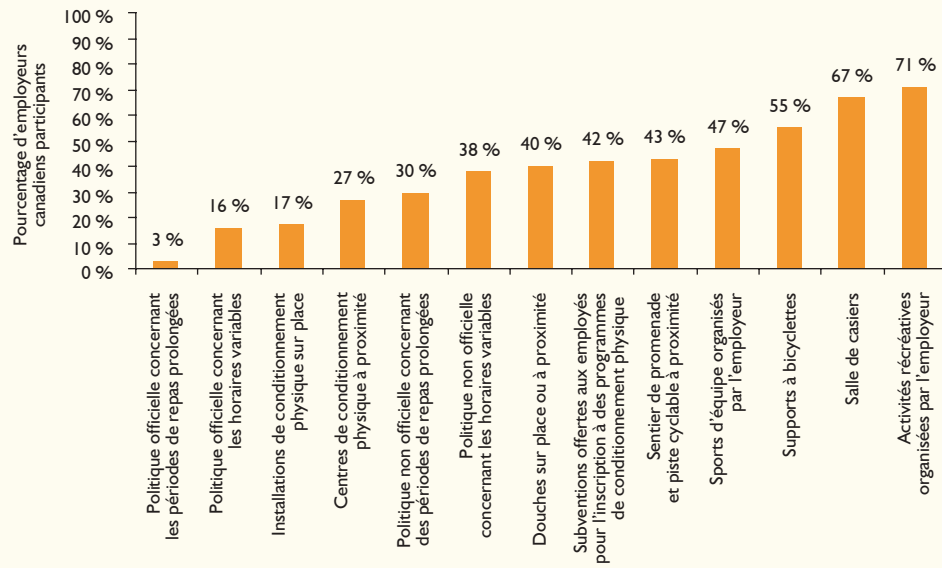
Les entreprises canadiennes qui se sont dotées de politiques officielles visant à encourager l'activité physique et l'alimentation saine sont relativement peu nombreuses⁹⁸. C'est pourquoi on dispose de peu d'information sur les programmes de promotion du poids santé en milieu de travail s'adressant aux Canadiens et ayant fait l'objet d'une évaluation. Par contre, on connaît les facteurs qui empêchent les milieux de travail de mettre sur pied des programmes d'activité physique sur les lieux de travail ou d'étendre la portée des programmes existants. Il s'agit de :

- Manque d'espace;
- Manque d'installations sur place;
- Manque d'argent consacré par l'entreprise; et
- Manque de temps (dû aux périodes de repas trop courtes)⁹⁸.

Bien qu'on n'ait pas encore examiné le lien entre les politiques des employeurs et le surpoids et l'obésité chez les employés, on dispose d'information sur plusieurs lieux de travail au Canada qui, en 2003, offraient diverses stratégies visant à encourager la pratique de l'activité physique. Des questionnaires ont été envoyés par la poste à des petites, moyennes et grandes entreprises de 20 employés et plus et à des organisations non gouvernementales (n = 1 782). Les stratégies fort variées mises en œuvre par les employeurs allaient des installations de conditionnement physique sur place aux subventions ou rabais accordés aux employés pour l'inscription à des centres de conditionnement physique, sans oublier l'organisation d'activités récréatives (voir la figure 7)⁹⁸.

Très peu d'entreprises canadiennes entreprennent d'adopter une politique prônant l'activité physique et une saine alimentation.

Figure 7
Proportion d'employeurs (20 employés ou plus) au Canada qui ont adopté des stratégies visant à accroître l'activité physique chez les employés (2003)



Source : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, Sondage d'occasions d'activité physique au travail (2003)⁹⁸.

Certains employeurs, comme la société Husky Injection Molding Systems^{99,100} établie au Canada, offrent aussi à leurs employés une cafétéria qui propose des menus santé, des mesures d'incitation visant à encourager les employés à se maintenir en bonne forme physique et des récompenses à ceux qui se rendent au travail à pied ou à vélo, choisissent le covoiturage ou empruntent les transports en commun. Bien que l'entreprise Husky n'ait pas évalué officiellement les répercussions de ces mesures sur l'état de santé et sur l'activité physique, elle estime avoir économisé 8 millions de dollars grâce à la diminution du taux d'absentéisme (2,25 jours en 1999, comparativement à la moyenne canadienne, qui se situe à 5,7 jours) et du taux de blessures (0,77 blessure par tranche de 200 000 heures de travail en 1998), à la diminution des frais de médicaments réclamés par les employés (qui se chiffraient, en 1997, à 153 \$ par année par employé, comparativement à la moyenne sectorielle de 495 \$), à une productivité accrue et à une meilleure utilisation des ressources⁹⁹. De tels résultats démontrent la nécessité d'évaluer les effets sur la santé des milieux de travail où sont offerts des programmes de promotion de la santé.

En raison des différences sur le plan de la conception, des mesures et de l'échantillonnage des études (par exemple, autosélection des participants, courte durée de l'évaluation), il peut être difficile d'évaluer l'efficacité des programmes¹⁰² mis en place dans le milieu de travail en ce qui a trait à l'amélioration de la santé. Le tableau 1 présente trois programmes ayant fait l'objet d'une évaluation qui, bien que différents sur le plan de la méthode et de la portée, font la promotion d'une saine alimentation et d'une vie active dans le milieu de travail. De plus, les principales limites de l'évaluation de plusieurs programmes mis sur pied en milieu de travail sont reliées aux difficultés, propres aux recherches fondées sur des enquêtes, que posent le biais d'autosélection et le biais de rappel, ainsi qu'au manque de bonnes conceptions méthodologiques (par exemple, des mesures avant et après l'intervention).

**Programme
« Walk In to
Work Out »¹⁰¹**

Le programme « Walk In to Work Out » a été mis sur pied en Écosse. Il s'agissait d'un programme d'initiative personnelle mettant à la disposition des participants de l'information sur les parcours du transport en commun, la sécurité personnelle, les cartes géographiques, l'emplacement des douches et des endroits où l'on peut laisser les bicyclettes, de même qu'un carnet d'activités, des accessoires de sécurité et les coordonnées d'organismes ou de magasins pertinents. La documentation produite dans le cadre du programme d'intervention a été envoyée à 295 employés travaillant dans trois entreprises de Glasgow de moyenne à grande dimension, qui souhaitaient se rendre plus souvent au travail

à pied ou à vélo. La majorité des employés était constituée de femmes vivant dans des ménages à revenu supérieur. Six mois après le début du programme, les participants qui avaient reçu la documentation du programme étaient près de deux fois plus susceptibles de se rendre au travail à pied que les participants du groupe de contrôle. Par contre, on n'a observé aucune hausse relative à l'utilisation de la bicyclette pour se rendre au travail. Douze mois plus tard, 25 % des personnes du groupe d'intervention de base continuaient à emprunter régulièrement un mode de transport actif pour se rendre au travail. L'étude n'a pas mesuré les variations de poids.

Tableau 1

**Exemples
d'initiatives de
santé en milieu
de travail portant
sur l'obésité et
ayant fait l'objet
d'une évaluation**

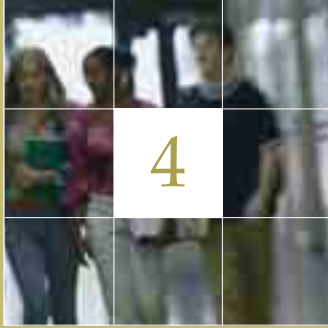
Objectifs et approche du programme	Effets salutaires sur la santé et avantages liés à la santé
<p>Heartbeat Award⁹³ (Leicester, Royaume-Uni)</p> <p>Le Heartbeat Award (HBA) est une initiative nationale d'étiquetage nutritionnel qui encourage les services de restauration à réduire la matière grasse totale, le sucre et le sel et à intégrer un plus grand nombre d'aliments à teneur élevée en fibres dans les menus offerts en milieu de travail.</p> <p>Méthode : Quatre milieux de travail faisaient partie du groupe d'intervention (n = 453) et deux milieux de travail faisaient partie du groupe de contrôle (n = 124). Sondage avant et après l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comparativement aux milieux de travail qui faisaient partie du groupe de contrôle, on a observé, dans les milieux de travail qui faisaient partie du groupe d'intervention, une augmentation de la consommation de fruits et de lait plus faible en gras, et une diminution de la consommation de friture et de « puddings » sucrés.
<p>Treatwell 5-a-Day⁹¹ (Massachusetts, États-Unis)</p> <p>Le programme « Treatwell 5-a-day » est une initiative de prévention du cancer qui avait pour but d'accroître la consommation de fruits et de légumes.</p> <p>Méthode : Vingt-deux milieux de travail ont été répartis de façon aléatoire entre les trois groupes suivants : groupe d'intervention en milieu de travail (n = 7); groupe d'intervention en milieu de travail et en milieu familial (n = 7); groupe de contrôle (n = 8) (de septembre 1994 à avril 1996).</p>	<ul style="list-style-type: none"> On a observé une augmentation de la consommation de fruits et de légumes dans le groupe d'intervention en milieu de travail et en milieu familial (19 %). Les différences entre le groupe d'intervention en milieu de travail et le groupe de contrôle, en ce qui a trait à la consommation de fruits et de légumes, n'étaient pas significatives.
<p>The Working Healthy Project⁹³ (Rhode Island et Massachusetts, États-Unis)</p> <p>Le Working Healthy Project (WHP) est un programme d'intervention reposant sur des facteurs de risque multiples, qui cible l'activité physique, la nutrition et tabagisme. Le WHP faisait partie du Working Well Trial, un essai sur le terrain en milieu de travail multicentrique aléatoire d'envergure nationale, auquel ont participé 114 employeurs. Les interventions comprenaient, notamment, des activités à caractère individuel, de même que des stratégies ciblant les normes sociales et les politiques liées à la santé dans le milieu de travail.</p> <p>Méthode : L'étude, dont la méthodologie faisait appel à une approche par paires aléatoire, a été menée pendant une période de 2 ans et demi dans 26 milieux de travail.</p>	<p>Activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de 30 % de l'activité physique autodéclarée dans le groupe d'intervention, comparativement à 4,3 %, dans le groupe de contrôle. <p>Nutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation significativement négligeable de la consommation de fruits, de légumes et de fibres dans les milieux de travail qui faisaient partie du groupe d'intervention.

Deux poids, deux mesures

<p>Question</p>	<p>Comparativement aux années antérieures, les taux d'obésité autodéclarés et mesurés ont-ils augmenté chez les adultes canadiens de 18 ans et plus?</p>																														
<p>Réponse</p>	<p>Oui. Les taux de surpoids et d'obésité autodéclarés et mesurés ont augmenté au Canada et partout dans le monde¹. Statistique Canada rapporte une augmentation d'un peu plus de neuf points de pourcentage des taux d'obésité mesurés entre 1978 et 2004².</p>																														
<p>Figure 8 Tendances relatives aux taux autodéclarés et aux taux d'obésité mesurés (IMC \geq 30) chez les adultes de 18 ans et plus (1978 à 2004)²</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Taux mesurés (%)</th> <th>Taux autodéclarés (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1978-1979</td> <td>13,8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1985</td> <td></td> <td>6,2</td> </tr> <tr> <td>1990</td> <td>14,8</td> <td>9,7</td> </tr> <tr> <td>1994-1995</td> <td></td> <td>13,1</td> </tr> <tr> <td>1996-1997</td> <td></td> <td>12,5</td> </tr> <tr> <td>1998-1999</td> <td></td> <td>14,5</td> </tr> <tr> <td>2000-2001</td> <td></td> <td>14,8</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td></td> <td>15,2</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>23,1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sources : Reproduit avec la permission de Statistique Canada. <i>Taux mesurés</i> : Enquête santé Canada, 1978-1979; Canadian Heart Health Surveys, 1986 à 1992 (personnes de 18 à 74 ans); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004. <i>Taux autodéclarés</i> : Enquête sur la promotion de la santé de 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; ESCC, 2000-2001 et 2003. <i>Figure adaptée de</i> : « Trends in obesity rates, household population aged 18 or older, Canada excluding territories, selected years, 1978-79 », tirée de la publication de Statistique Canada intitulée « Measured Obesity – Adult obesity in Canada: Measured height and weight », n° de catalogue 82-620, 6 juillet 2005, disponible sur Internet à l'adresse : www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/pdf/aobesity.pdf, tableau 16, page 26. Remarque : Les données sur les mesures de la grandeur et du poids au Canada n'ont pas été recueillies de 1979 à 1986 ni de 1992 à 2004.</p>	Année	Taux mesurés (%)	Taux autodéclarés (%)	1978-1979	13,8		1985		6,2	1990	14,8	9,7	1994-1995		13,1	1996-1997		12,5	1998-1999		14,5	2000-2001		14,8	2003		15,2	2004	23,1	
Année	Taux mesurés (%)	Taux autodéclarés (%)																													
1978-1979	13,8																														
1985		6,2																													
1990	14,8	9,7																													
1994-1995		13,1																													
1996-1997		12,5																													
1998-1999		14,5																													
2000-2001		14,8																													
2003		15,2																													
2004	23,1																														



4



École



Existe-t-il des interventions en milieu scolaire efficaces pour promouvoir une saine alimentation et la pratique de l'activité physique?

Les jeunes passent énormément de temps à l'école; elle joue un rôle dans la progression scolaire et le développement social des enfants. L'école joue aussi un rôle dans le développement physique des enfants : elle offre à ceux-ci des cours d'éducation physique et des cours d'éducation sanitaire¹⁰⁴, des choix en matière d'alimentation et des services de restauration^{104, 105}, et elle donne accès à diverses ressources, comme des gymnases, du matériel et des terrains de sport extérieurs¹⁰⁵.

Compte tenu de ces facteurs, l'école est un milieu qui peut offrir plusieurs possibilités de promotion du poids santé^{106, 107}. Des initiatives en milieu scolaire peuvent se pencher sur un aspect de la promotion du poids santé, comme l'alimentation saine ou l'activité physique, ou porter sur certains comportements précis, comme le temps que les enfants passent devant un écran de télévision ou d'ordinateur (se reporter à la discussion présentée à la section 5 : Milieu de vie et milieu familial). D'autres projets se centrent à la fois sur l'alimentation saine et l'activité physique dans le cadre d'une approche coordonnée qui fait appel à diverses stratégies ciblant l'alimentation saine, l'activité physique, l'éducation et la collectivité.

Quel est le lien entre l'obésité et la quantité de fruits et de légumes que consomment les enfants?

Les données indiquent que, en 2004, près de 60 % des enfants et des jeunes canadiens âgés de 2 à 17 ans consommaient des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour. Les enfants et les jeunes qui mangeaient des légumes moins de trois fois par jour ou ceux qui mangeaient des légumes entre trois fois par jour et

moins de cinq fois par jour (10 % et 9 %, respectivement) étaient plus susceptibles d'être obèses, comparativement à ceux qui mangeaient des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus (6 %).

Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada¹.

Manger sainement à l'école

Pas facile de faire le bon choix! Un hamburger accompagné d'une salade ou de frites? Un muffin ou un yogourt? Des frites avec ou sans sauce? Une tablette de chocolat ou une pomme? Une pizza ou un sandwich? Acheter son dîner à l'école ou apporter son repas de la maison?

Le milieu scolaire livre parfois aux étudiants des messages contradictoires en ce qui a trait aux aliments à choisir¹⁰⁵ et aux habitudes alimentaires¹⁰⁸. Jusqu'ici, on dispose de peu de preuves directes concernant l'effet des aliments offerts dans le cadre scolaire sur le poids corporel au Canada. Aux États-Unis, les recherches en cours démontrent que les aliments vendus à l'école dans les distributeurs automatiques, à la cafétéria, dans les magasins scolaires, les casse-croûte et dans le cadre d'activités de financement, ont tendance à être peu nutritifs et sont constitués d'aliments riches en énergie¹⁰⁵. Le fait que plusieurs écoles comptent sur les produits de la vente de ces aliments pour financer leurs activités sportives et parascolaires vient compliquer les choses¹⁰⁹.

Bien que les programmes scolaires ne parviennent pas tous à promouvoir le poids santé, une récente synthèse de la documentation concluait que les milieux scolaires qui offrent aux étudiants des aliments santé et qui restreignent la disponibilité d'aliments non nutritifs pourraient promouvoir le poids santé¹⁰⁶. Voici quelques exemples de programmes ayant proposé des options d'alimentation saine et qui ont obtenu des résultats positifs :

- Une étude menée aux États-Unis s'est penché sur le lien entre les habitudes alimentaires des étudiants et la présence de distributeurs automatiques et la disponibilité des menus « à la carte » et des pommes de terre frites servis au dîner à l'école¹¹⁰. L'étude examinait des étudiants de septième année (n = 598) de 16 écoles de la région métropolitaine de

St. Paul, Minneapolis. Les résultats ont révélé que la disponibilité des menus « à la carte » était négativement liée à la consommation de fruits et de légumes et positivement liée à l'apport en lipides. La présence de distributeurs automatiques dans l'établissement scolaire était inversement associée à la consommation de fruits. L'étude a démontré une relation positive entre la consommation de fruits et de légumes et les pommes de terre frites servies aux étudiants pour le dîner¹¹⁰.

- Une autre étude menée aux États-Unis a examiné les changements longitudinaux ayant trait à la consommation de fruits, de légumes, de lait et de boissons sucrées auprès de deux cohortes d'étudiants (n = 594) au cours des années scolaires 1998-1999 et 1999-2000¹¹¹. Les étudiants de la première cohorte, en quatrième année en 1998-1999, ne mangeaient que les repas offerts dans le cadre du National School Lunch Program (NSLP), qui fournissait chaque jour aux participants deux portions de fruits et de légumes et huit onces de lait. En 1999-2000, les mêmes étudiants, alors en cinquième et en sixième année de l'école intermédiaire, avaient le choix de manger les repas offerts dans le cadre du NSLP ou d'acheter leurs repas dans un casse-croûte. Les étudiants de la deuxième cohorte sont restés à l'école intermédiaire pendant la période de deux ans, constituant ainsi le groupe de contrôle. On a observé, chez les étudiants de la première cohorte qui avaient accès au casse-croûte la deuxième année, une diminution significative de la consommation de fruits, de légumes non frits et de lait, de même qu'une hausse de la consommation de légumes riches en graisses et de boissons sucrées, au moment où ceux-ci passaient de la quatrième à la cinquième année. On a également constaté, chez ces étudiants, une diminution de la consommation de repas offerts dans le cadre du NSLP pendant la deuxième année de l'étude¹¹¹.

« L'Xcellence ça se nourrit » est un projet pilote mené à Ottawa, en Ontario; il consistait à approvisionner les distributeurs automatiques à l'aide d'une gamme de collations et de boissons saines et moins saines. Il avait pour but d'utiliser les distributeurs automatiques comme un « véhicule permettant de faire passer des messages positifs sur la nutrition et l'alimentation saine »¹⁰⁹ (p. 3). Après une période de quatre mois,

les données relatives aux ventes indiquaient que la quantité de collations et de boissons saines achetées dans les distributeurs automatiques avaient doublé à la suite du projet pilote. Les ventes globales de produits alimentaires et de boissons n'avaient pas changé. À ce jour, aucune évaluation des résultats de santé à long terme n'a été effectuée.

L'Xcellence ça se nourrit

- Dans le cadre d'une autre étude, elle aussi menée dans la région métropolitaine de St. Paul, Minneapolis, on a offert aux étudiants des menus « à la carte » à faible teneur en gras¹¹². Vingt écoles secondaires ont été réparties de façon aléatoire entre deux groupes, à savoir un groupe d'intervention et un groupe de contrôle, pendant une période de deux années scolaires. Les étudiants du groupe d'intervention avaient accès, à la cafétéria de leur école, à davantage d'aliments à faible teneur en gras; ils étaient, en outre, exposés à des publicités élaborées par les étudiants qui faisaient la promotion des aliments santé offerts à la cafétéria. L'évaluation de l'intervention prenait en compte, d'une part, le chiffre des ventes (pourcentage d'aliments santé vendus) et, d'autre part, les aliments que les étudiants disaient avoir consommés. Le pourcentage des ventes d'aliments à faible teneur en gras était de beaucoup supérieur dans les écoles qui faisaient partie du groupe d'intervention pendant la période de deux ans¹¹².
- Une étude contrôlée et randomisée effectuée en Grande-Bretagne a fait appel à un programme éducatif dans le but d'amener des enfants de 7 à 11 ans à renoncer à la consommation de boissons gazeuses¹¹³. Bien que la consommation de boissons gazeuses n'ait pas changé chez les enfants appartenant au groupe de contrôle, celle-ci a diminué chez les enfants qui faisaient partie du groupe d'intervention¹¹³. De plus, 12 mois plus tard, on a constaté que le pourcentage moyen d'enfants présentant un surpoids ou d'enfants obèses avait diminué de 0,02 % dans le groupe d'intervention, comparativement à une hausse de 7,5 % chez

les enfants du groupe de contrôle¹¹³. Comme c'est le cas de nombreuses études sur le terrain, dont celles présentées plus haut, l'étude dont il est question ici n'analysait pas la relation directe entre la consommation de boissons gazeuses et les changements dans la prévalence de l'obésité¹¹⁴. Néanmoins, elle indique que la réduction de la consommation de boissons gazeuses peut être liée à la réduction du surpoids et de l'obésité chez les enfants. Il semble donc justifié de continuer à étudier le rôle que joue la consommation de boissons gazeuses sur l'obésité chez les enfants.

En raison des inquiétudes suscitées par la perception selon laquelle l'école serait un milieu malsain, certains gouvernements ont décidé de modifier le contenu des distributeurs automatiques ou de retirer ceux-ci des écoles. D'autres ont adopté des mesures plus sévères; c'est le cas, notamment, du Royaume-Uni, qui a annoncé, en septembre 2005, l'interdiction de la malbouffe à haute teneur en lipides, en sel et en sucre dans toutes les écoles de l'Angleterre dans un délai d'un an¹¹⁵. Un certain nombre de provinces canadiennes ont mis en œuvre des mesures législatives relatives à la nutrition. Le Nouveau-Brunswick, par exemple, a adopté une politique détaillée sur la nourriture et l'alimentation visant à offrir aux étudiants des écoles publiques une variété d'aliments et de boissons sains¹¹⁴. La Colombie-Britannique, pour sa part, a émis des directives sur les aliments et les boissons en vue d'éliminer la malbouffe dans les écoles¹¹⁵. Bien que plusieurs gouvernements surveillent les effets de ces mesures législatives sur le choix des aliments et sur les données relatives aux ventes¹⁰⁹, les effets que de telles mesures peuvent avoir sur l'obésité chez les jeunes et chez les enfants ne sont pas clairs.

En 2003, 76 % des garçons et 71 % des filles âgés de 12 à 14 ans étaient modérément actifs ou physiquement actifs durant leurs loisirs; en ce qui concerne les jeunes de 15 à 19 ans, la proportion a

subi une légère baisse dans le cas des garçons, à 74 %, et une baisse importante dans le cas des filles, à 61 %.

Quel est le nombre de jeunes qui sont actifs physiquement?

Source : ESCC, Cycle 2.1 (2003) [tableau CANSIM 105-0233]¹¹⁹.

L'activité physique à l'école

Selon le *Canada's Report Card on Physical Activity for Children and Youth* de 2005, moins de la moitié des enfants et des jeunes canadiens sont suffisamment actifs chaque jour pour répondre aux lignes directrices établies par Santé Canada sur la croissance et le développement sains des enfants, tel que mesuré par l'ESCC⁸³. La plupart des enfants canadiens ne font pas de 30 à 60 minutes d'activité physique modérée (par exemple, marcher) ou vigoureuse (par exemple, courir) par jour⁸³. Le Guide d'activité physique canadien pour les jeunes recommande d'augmenter, sur une période de cinq mois, le temps consacré actuellement à l'activité physique chaque jour (par tranches d'au moins 5 à 10 minutes) en vue d'augmenter de 90 minutes le temps consacré quotidiennement aux activités physiques (60 minutes d'activités modérées et 30 minutes d'exercices vigoureux) à la fin du cinquième mois¹¹⁸.

Dans plusieurs écoles canadiennes, les cours d'éducation physique sont facultatifs¹²⁰. Par exemple, en 2001, 54 % des écoles canadiennes s'étaient dotées de politiques visant à offrir aux étudiants des cours d'éducation physique quotidiens; or, seuls 16 % de ces écoles appliquaient bel et bien leurs politiques¹²¹. Au moment de publier le présent rapport, on ne disposait d'aucune mise à jour sur ces données. Cependant, en raison des inquiétudes suscitées par la prévalence de l'obésité juvénile, certaines provinces ont mis en œuvre des politiques visant à s'assurer que les étudiants pratiquent un niveau minimal d'activité physique. Par exemple, en 2005, le gouvernement de l'Ontario a annoncé l'établissement d'une politique exigeant des écoles qu'elles offrent aux élèves de la première à la huitième année au moins 20 minutes d'activité physique par jour¹²². Bien qu'aucune évaluation des effets de ces politiques sur le taux d'obésité chez les jeunes n'ait été menée à ce jour, on sait

que des provinces ou territoires (par exemple, l'Alberta) ont éprouvé des difficultés à trouver le temps et les ressources nécessaires à la mise en œuvre des changements requis, en particulier dans les écoles secondaires de premier cycle¹²³.

Des examens systématiques récents et une évaluation de chacun des programmes indiquent que le fait d'allonger le temps que consacrent les étudiants à être actifs physiquement pendant les cours d'éducation physique, de former et de motiver les professeurs d'éducation physique et d'augmenter le nombre de cours d'éducation physique pourrait favoriser la hausse du niveau d'activité physique^{116, 117}. Pour bien des raisons, les interventions n'atteignent pas toujours les résultats prévus. Voici trois exemples de programmes d'activité physique en milieu scolaire qui ont donné des résultats positifs du point de vue du poids.

Niveau préscolaire : Hip-Hop to Health Jr.¹²⁴ est un programme d'activité physique en milieu scolaire de 14 semaines mis sur pied à Chicago, en Illinois. Il visait à réduire la prise de poids chez les enfants d'âge préscolaire qui participaient au programme Head Start. Le programme comprenait 20 minutes d'apprentissage sur l'alimentation saine et la vie active et 20 minutes d'activité physique. Les résultats indiquent, après un suivi d'un an et de deux ans, une augmentation de l'IMC beaucoup moins élevée chez les enfants qui ont participé au programme que chez ceux qui n'ont pas participé au programme¹²⁴.

À l'école maternelle : L'étude intitulée « Education Early Childhood Longitudinal Study-Kindergarten Class (ECLS-K) » menée par le département de l'Éducation des États-Unis a révélé que l'augmentation d'une heure par semaine de la durée des cours d'éducation physique était liée à une diminution de l'IMC chez les filles de la première année ayant un surpoids ou présentant un risque de surpoids^{125, 126}. Aucun effet significatif n'a été observé chez les

Quel lien peut-on établir entre le surpoids et l'obésité et l'activité physique chez les jeunes?

En 2004, les garçons sédentaires âgés de 12 à 17 ans étaient plus susceptibles d'être obèses que les garçons qui étaient actifs physiquement ou modérément actifs (16 %⁵ par rapport à 9 %). Les garçons de 12 à 17 ans qui étaient actifs physiquement ou modérément actifs étaient plus susceptibles de présenter un surpoids que

les garçons sédentaires (24 % par rapport à 13 %). Aucune différence significative n'a été observée chez les filles.

Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada¹. E Coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

garçons. S'appuyant sur ces données, les chercheurs américains estiment qu'il serait possible de réduire de 43 % la prévalence du surpoids chez les filles en amenant à cinq heures par semaine la durée des cours d'éducation physique¹²⁵.

Au niveau élémentaire : Un essai contrôlé et randomisé mené aux États-Unis a révélé que les programmes scolaires spécialisés d'éducation physique avaient des effets positifs sur les résultats de santé des enfants (de 11 à 13 ans) dont l'IMC se situait au-delà du 95^e percentile¹⁰⁴. Les résultats indiquent des améliorations significatives de la capacité cardiovasculaire des enfants qui ont participé, pendant toute une année scolaire, à des cours d'éducation physique axés sur le mode de vie et la condition physique¹⁰⁴. On a aussi observé, chez les enfants qui faisaient partie du groupe d'intervention, une perte de tissu adipeux plus importante et des améliorations significatives des niveaux de glycémie à jeun, comparativement aux enfants qui ne participaient qu'aux cours d'éducation physique standard¹⁰⁴.

Au-delà de l'alimentation saine et de l'activité physique : les programmes de santé coordonnés en milieu scolaire

Comme le recommandent les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), les programmes scolaires coordonnés de santé doivent comporter huit éléments interreliés : éducation sanitaire, éducation physique, services de santé, services diététiques, counselling et services psychologiques, milieu scolaire sain, promotion de la santé auprès du personnel, et engagement de la famille et de la collectivité^{127, 128}. Les programmes coordonnés de santé sont conçus pour mettre à contribution les collectivités, les familles, les écoles, de même que d'autres intervenants, comme les travailleurs de la santé, les médias, les jeunes, les organismes religieux et les organismes communautaires, et ont pour but de promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique chez les jeunes et les enfants¹²⁸.

Objectifs et approche : Les participants étaient constitués d'enfants qui avaient pris part à la 2003 Children's Lifestyle and School performance Study (CLASS), une vaste étude qui portait sur des élèves de cinquième année provenant de 282 écoles publiques de la Nouvelle-Écosse, leurs parents et les directeurs d'école. Les élèves fréquentaient des écoles qui a) n'étaient pas dotées d'un programme de nutrition; b) qui ont instauré des politiques et des pratiques en matière de nutrition; ou c) qui participaient au Annapolis Valley Health Promoting Schools Project (AVHPSP). La grandeur et le poids de chaque enfant ont été mesurés et l'apport alimentaire a été évalué à l'aide d'une version du Harvard's Youth

Adolescent Food Frequency Questionnaire (YAQ). Les enfants ont rempli un autre questionnaire qui avait pour but de mesurer les activités physiques et les activités sédentaires qu'ils pratiquaient.

Résultats : Les taux de surpoids et d'obésité observés chez les élèves fréquentant les écoles qui participaient au programme coordonné AVHPSP étaient nettement inférieurs à ceux des élèves qui fréquentaient les écoles dotées uniquement de politiques en matière de nutrition ou les écoles qui n'avaient établi aucun programme (*, au seuil de 0,05).

Projet de recherche financé par l'ISPC.

Efficacité des programmes scolaires en matière de prévention de l'obésité juvénile : comparaison multiniveau¹³⁰

	AUCUN PROGRAMME	PROGRAMME DE NUTRITION Politiques ou pratiques permettant d'offrir des menus santé aux élèves	PROGRAMME AVHPSP Programme coordonné fondé sur les recommandations des CDC s'appliquant aux programmes en milieu scolaire
Élèves qui ont rempli le YAQ	70 % (3 656 élèves)	26 % (1 350 élèves)	3 % (133 élèves)
Pourcentage de surpoids et d'obésité	33	34	18*
Pourcentage d'obésité seulement	10	10	4*

Remarque : Cette recherche, fondée sur des enquêtes, n'a pas fait appel à des observations avant et après l'intervention, ce qui restreint les conclusions que l'on pourrait en tirer.

Le tableau 2 présente des exemples tirés de cinq programmes ayant fait l'objet d'une évaluation. Bien que ces programmes ne correspondent pas nécessairement à la définition que donne le modèle des CDC des programmes de santé coordonnés en milieu scolaire, ils incorporent tous les éléments mentionnés par les CDC comme

moyens de promouvoir le poids santé chez les jeunes et les enfants. Les principales limites des évaluations de programmes sont reliées aux difficultés que pose le biais d'autosélection ou le biais de rappel, qui sont propres à la plupart des recherches fondées sur des enquêtes.

	Objectifs et approche du programme	Effets salutaires sur la santé et avantages liés à la santé
<p>Tableau 2</p> <p>Exemples d'initiatives de santé en milieu scolaire portant sur l'obésité et ayant fait l'objet d'une évaluation</p>	<p>Action Schools! BC¹³¹ (Colombie-Britannique, Canada)</p> <p>Action Schools! BC est un projet qui avait pour but d'aider les écoles élémentaires à mettre sur pied des plans d'action devant permettre d'amener des élèves de la quatrième à la septième année (n = 515) à s'alimenter sainement et à pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique par semaine. Selon les renseignements obtenus, les résultats de santé du projet Action Schools! BC ont fait l'objet d'une évaluation.</p> <p>Méthode : Stratification et répartition aléatoire de 10 écoles (trois groupes de contrôle et sept groupes d'intervention [quatre écoles de liaison, qui assurent la liaison avec le ministère, et trois écoles championnes]).</p> <p>Durée du projet : février 2003 à juin 2004.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les filles qui fréquentaient les écoles de liaison ont fait état d'une augmentation de 32 % sur le plan de l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse, comparativement à une augmentation de 18 % chez les filles qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle. Les résultats n'étaient pas significatifs dans le cas des garçons. • Tandis qu'on a observé une diminution de 8 % du nombre de pas relevés chaque jour par podomètre chez les filles fréquentant les écoles du groupe de contrôle, on a observé, chez les filles des écoles de liaison, une augmentation de 25 % du nombre de pas. Les résultats n'étaient pas significatifs dans le cas des garçons. • Les variations de l'IMC observées chez les élèves qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle n'étaient pas significatives.
	<p>Planet Health¹³² (Massachusetts, États-Unis)</p> <p>Le projet Planet Health consistait à intégrer des interventions aux principaux cours généraux et aux cours d'éducation physique dispensés à des étudiants de la sixième à la huitième année (n = 1 295). Le projet cherchait à modifier quatre comportements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire le temps passé à regarder la télévision; • Amener les étudiants à pratiquer des activités physiques modérées ou vigoureuses; • Diminuer la consommation d'aliments riches en graisses; • Faire passer la consommation de fruits et de légumes à cinq portions de fruits et légumes et plus par jour. <p>Méthode : Le groupe d'intervention et le groupe de contrôle étaient composés de cinq écoles chacun.</p> <p>Durée du projet : automne 1995 à printemps 1997.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On n'a observé aucune différence dans la prévalence de l'obésité chez les garçons. • La prévalence de l'obésité a diminué chez les filles qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention (24 % à 20 %) et a augmenté chez les filles qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle (22 % à 24 %). • Comparativement aux écoles du groupe de contrôle, les enfants qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention regardaient moins la télévision (-0,40 heure par jour pour les garçons, et -0,58 heure pour les filles).
	<p>Eat Well and Keep Moving¹³³ (Baltimore, États-Unis)</p> <p>Le programme Eat Well and Keep Moving consistait à livrer à des élèves de quatrième et de cinquième année (n = 336) de la matière et des messages dont le but était de réduire la consommation d'aliments riches en graisses, d'augmenter la consommation de fruits et de légumes, de réduire le temps passé à regarder la télévision et d'augmenter la pratique d'activités physiques.</p> <p>Méthode : Six écoles faisaient partie du groupe d'intervention et huit écoles faisaient partie du groupe de contrôle.</p> <p>Durée du projet : automne 1995 à printemps 1997.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparativement aux étudiants qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle, on a observé, chez les étudiants qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention, une diminution statistiquement significative du pourcentage de matière grasse totale ingérée (-1,4 %) et une augmentation de la consommation de fruits et de légumes (0,36 portion/4 184 kJ). • On a observé une certaine diminution du temps passé à regarder la télévision (-0,55 heure/jour) chez les étudiants des écoles du groupe d'intervention par rapport à ceux des écoles du groupe de contrôle. • Les variations de l'IMC n'ont pas été mesurées.

Tableau 2 (suite)	Objectifs et approche du programme	Effets salutaires sur la santé et avantages liés à la santé
	<p>Active Programme Promoting Lifestyle Education in School (APPLES)¹³⁴ (Leeds, Royaume-Uni)</p> <p>APPLES avait pour but de réduire les facteurs de risque associés à l'obésité chez des enfants de 7 à 11 ans (n = 634) au moyen de la formation des enseignants, de la modification des repas offerts à l'école et de la mise en œuvre de plans d'action qui ciblaient le programme d'études, l'éducation physique et les activités organisées dans les terrains de jeu.</p> <p>Méthode : Le groupe d'intervention et le groupe de contrôle étaient composés de cinq écoles chacun.</p> <p>Durée du projet : septembre 1996 à juillet 1997.</p>	<p>Certains résultats prévisibles ont été observés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation légère, mais significative, de la consommation de légumes chez les élèves qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention (50 % de la consommation de base). • Les enfants obèses qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention ont indiqué avoir généralement une plus grande confiance en soi que ceux qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle. <p>D'autres résultats, non prévus, ont été observés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants obèses qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention consommaient moins de fruits que ceux qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle. • On a observé une augmentation significative de la consommation d'aliments et de boissons riches en sucre chez les enfants qui présentaient un surpoids et qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention, comparativement à ceux qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle. • Les variations sur le plan de la croissance, de l'IMC ou de l'activité physique n'étaient pas significatives.
	<p>Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH)¹³⁵ (Californie, Louisiane et Minnesota, États-Unis)</p> <p>Le programme de prévention des maladies cardiovasculaires CATCH s'adressait à des élèves du programme d'études de troisième année (n = 5 106) et ciblait le milieu scolaire et le milieu familial. Il faisait appel aux interventions suivantes : modification des menus, formation des travailleurs des services alimentaires, interventions touchant l'éducation physique et formation des enseignants.</p> <p>Méthode : Essai contrôlé et randomisé (28 écoles faisaient partie du groupe d'intervention seulement, 28 écoles faisaient partie du groupe d'intervention s'adressant à l'école et à la famille et 40 écoles faisaient partie du groupe de contrôle).</p> <p>Durée du projet : automne 1991 à printemps 1994.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On a constaté une réduction significative de la matière grasse totale des repas préparés à la cafétéria des écoles du groupe d'intervention (de 39 % à 32 %), comparativement aux écoles du groupe de contrôle (de 39 % à 36 %). • Une diminution significative de la consommation de matière grasse totale (qui est passée de 33 % à 30 % de l'énergie consommée) a été observée chez les élèves qui fréquentaient les écoles du groupe d'intervention, comparativement à ceux qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle (de 33 % à 32 %). • Aucune différence significative entre les écoles des groupes d'intervention et des groupes de contrôle n'a été observée en ce qui a trait à la pression artérielle, la taille ou le cholestérol. • Par rapport aux écoles faisant partie du groupe de contrôle, l'intensité de l'activité parmi les étudiants des écoles faisant partie du groupe d'intervention a augmenté de façon significative.

En ce qui a trait au surpoids et à l'obésité, les programmes de santé coordonnés en milieu scolaire reposent sur le principe selon lequel le milieu scolaire et le programme d'études ont tous deux un rôle à jouer dans la modification des comportements alimentaires et de l'activité physique des étudiants¹⁰⁸. Bien que les résultats à long terme du projet Annapolis Valley Health Promoting Schools Project (AVHPSP)^{129††} ne soient pas disponibles, celui-ci mérite d'être souligné; en effet, il s'agit d'un exemple de programme de santé coordonné en milieu scolaire qui, conformément aux recommandations des CDC, a eu recours à plusieurs stratégies pour tenter d'amener les étudiants à opter pour une alimentation saine et pour la pratique de l'activité physique (se reporter à l'encadré pour obtenir des renseignements supplémentaires), notamment^{129, 130} :

- Solliciter le point de vue des écoles pour définir l'orientation du projet;
- Miser sur le succès remporté par des activités de promotion de la santé déjà en cours dans les écoles;
- Proposer de nouveaux jeux élaborés par les étudiants pendant la période de repas et la récréation;
- Permettre aux étudiants d'utiliser les gymnases des écoles après les heures de classe;
- Mettre au point des stratégies permettant d'offrir des menus peu coûteux et nutritifs à la récréation et au dîner;
- Proposer aux étudiants des aliments santé au dîner et à la récréation; et
- Faire appel à plusieurs stratégies, comme l'éducation, la sensibilisation, le développement du leadership et l'établissement de partenariats multisectoriels pour assurer la continuité du programme¹²⁹.

Kahnawake School Diabetes Prevention Project (KSDPP)¹³⁷

Objectifs et approche : Programme de prévention primaire du diabète de type 2 s'adressant aux enfants autochtones qui fréquentent l'école élémentaire. Le

KSDPP intégrait un programme d'études sur la santé et comprenait diverses interventions visant la collectivité et présentant des styles de vie sains adaptés à la culture.

Phase 1	Phase 2
<p>Méthode : Comparaison d'une collectivité (d'intervention) de Kahnawake avec une collectivité de contrôle effectuée sur une période de deux ans (1994-1996).</p>	<p>Méthode : Enquêtes transversales répétées, menées en 1994, 1995, 1996, 1998, 1999 et 2002, auprès des enfants qui faisaient partie du groupe d'intervention réparti dans la collectivité seulement.</p>
<p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les étudiants qui fréquentaient l'école du groupe d'intervention présentaient une augmentation nettement inférieure de l'épaisseur du pli cutané comparativement aux étudiants qui fréquentaient l'école du groupe de contrôle. • Résultat inattendu : on a observé une réduction de la forme physique chez les enfants du groupe d'intervention, mais une augmentation chez les étudiants qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle. • Les mesures de l'IMC et de l'apport alimentaire n'ont pas changé au fil du temps. 	<p>Résultats</p> <p>En 2002, plusieurs des résultats positifs observés dans le groupe d'intervention réparti dans la collectivité n'avaient pas été maintenus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants qui fréquentaient l'école du groupe d'intervention présentaient un risque nettement plus élevé de voir augmenter leur IMC et l'épaisseur du pli cutané. • Les améliorations observées antérieurement, en ce qui a trait à l'activité physique parmi les étudiants des écoles de contrôle, n'ont pas été maintenues. • La consommation de fruits et de légumes a diminué dans la collectivité d'intervention.

†† Projet financé par la Stratégie canadienne du diabète de Santé Canada (janvier 2002 à mars 2004). Les participants étaient constitués d'étudiants de huit écoles élémentaires et intermédiaires de la Annapolis Valley Regional School Board (Commission scolaire régionale de la vallée de l'Annapolis), en Nouvelle-Écosse.

Difficultés associées aux programmes de santé coordonnés : quel est le meilleur programme de santé en milieu scolaire?

Malgré le fait que les recherches interventionnelles sont parfois bien financées et bien conçues, celles-ci ne livrent pas toujours les résultats escomptés. Tout comme les difficultés associées aux programmes ou aux interventions en milieu de travail¹⁰² qui ciblent plusieurs auditoires au moyen de stratégies multiples (appelées interventions multiples)¹³⁶, les difficultés associées à l'évaluation des programmes de santé coordonnés en milieu scolaire sont reliées notamment à la mesure, la conception et l'échantillonnage (par exemple, l'autosélection des participants, la courte durée de l'évaluation). De plus, la réussite d'un programme peut être gênée par d'autres facteurs, parmi lesquels :

- Tendances sociales et culturelles, facteurs politiques et économiques¹³⁷;
- Interventions dont l'intensité et la fréquence sont insuffisantes^{138, 139};
- Calendrier serré¹³⁶;
- Interactions entre les différentes stratégies¹³⁶;
- Utilisation de données autodéclarées¹³⁹;
- Niveau variable d'exposition à l'intervention et de la conformité à l'intervention¹³⁷⁻¹³⁹;
- Manque de financement, qui permettrait d'assurer la viabilité du programme et d'évaluer les résultats à long terme¹³⁶.

L'Active Programme Promoting Lifestyle Education in School (APPLES)¹³⁴ dont fait état le tableau 2 est un exemple d'étude bien conçue qui a obtenu des résultats nuancés. Le Kahnawake School Diabetes Prevention Project (KSDPP)¹³⁷, qui s'adresse à des enfants autochtones qui fréquentent l'école élémentaire, est un autre exemple de projet qui n'a pas enregistré tous les résultats voulus (se reporter à l'encadré à la page 50). Selon les chercheurs qui ont participé à l'étude, plusieurs facteurs externes pourraient avoir contribué à ces résultats :

- Arrivée dans la collectivité, entre les phases de l'étude, de la télévision par satellite;
- Augmentation de la richesse globale de la collectivité au cours de la décennie, conjuguée à une augmentation du nombre de restaurants-minute dans la région;
- Accroissement du nombre de familles dont les deux parents entrent sur le marché du travail, ce qui laisse moins de temps à ceux-ci pour superviser les repas et les activités de loisir des enfants;
- Reconnaissance de plus en plus généralisée de l'importance de la culture informatique chez les jeunes¹³⁷.

Deux poids, deux mesures

Question

Comparativement aux années précédentes, les taux autodéclarés et les taux mesurés de surpoids et d'obésité ont-ils augmenté chez les enfants et les jeunes?

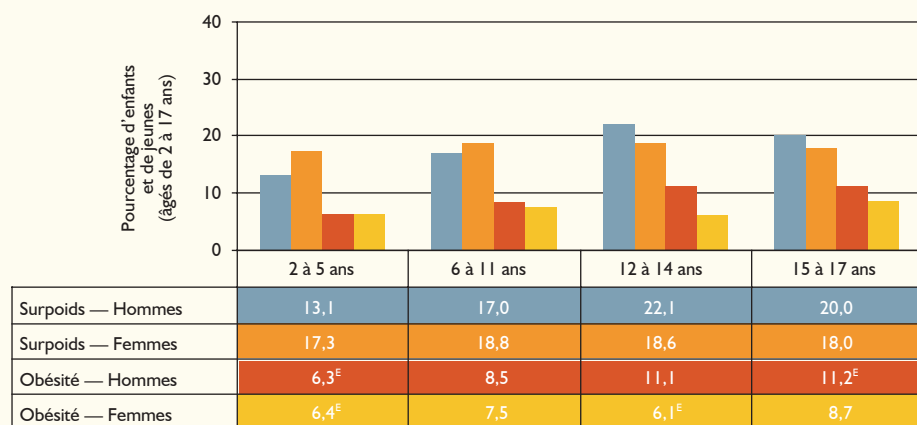
Réponse

Les données relatives aux taux autodéclarés tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, Cycle 5) font état d'une augmentation globale des taux de surpoids et d'obésité chez les jeunes et les enfants âgés de 8 à 11 ans entre 1986 et 2002. Les taux autodéclarés par les hommes sont passés de 13 % à 34 % et ceux des femmes, de 14 % à 31 %^{§§}.

Comparativement aux données d'il y a 25 ans, les données mesurées tirées de l'ESCC de 2004 indiquent que les taux de surpoids et d'obésité ont augmenté d'environ 70 % chez les enfants et les jeunes de 2 à 17 ans. Les résultats sont toutefois différents chez les garçons et chez les filles, et selon l'âge (voir la figure 9 pour les taux de 2004).***1

Figure 9

Taux mesurés de surpoids et d'obésité chez les jeunes et les enfants de 2 à 17 ans (2004)



Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004) [tableau CANSIM 105-2002]^{1,140}.
^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

§§ Analyses particulières des données de l'ELNEJ (Cycle 5, 2002-2003).

*** Analyses effectuées à l'aide des seuils normalisés d'IMC de l'International Obesity Task Force (IOTF) pour les 2 à 18 ans.



5



Milieu de vie et milieu familial



Quels aspects du milieu de vie et du milieu familial peut-on relier au poids santé?

Dans le contexte de l'environnement résidentiel et familial, la saine alimentation et l'activité physique peuvent s'envisager sous plusieurs aspects. Dans le même contexte, cette section soulève des problèmes concernant surtout les enfants et les jeunes, notamment les comportements alimentaires et les profils d'activité physique, que les parents aident à adopter et qui sont, bien souvent, à l'image des comportements de ces derniers. Par ailleurs, le temps que passent les enfants devant un écran (par exemple, la télévision et l'ordinateur) et l'exposition à la publicité télévisée sont d'autres aspects propres au milieu familial.

Habitudes alimentaires et comportements relatifs à l'activité physique des parents

Les recherches montrent que les parents peuvent jouer un rôle clé dans le comportement alimentaire et le profil d'activité physique qu'adopteront leurs enfants et qui favoriseront une bonne santé ou, au

contraire, contribueront à une mauvaise santé⁴⁴. L'analyse des données de l'ESCC de 2001 révèle que l'obésité parentale était fortement associée à l'obésité chez les jeunes⁴⁴. Les enfants dont un des parents était inactif pendant ses loisirs étaient eux aussi plus susceptibles d'être inactifs⁴⁴. Conformément à cette analyse, le *Canada's Report Card on Physical Activity for Children and Youth* de 2005 indiquait que, en 2000, seulement 43 % des parents pratiquaient régulièrement des activités physiques avec leurs enfants⁸³.

De nouvelles analyses effectuées par l'ISPC indiquent que les femmes (36 %) ont plus tendance que les hommes (26 %) à affirmer qu'elles consomment des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour.

Comparativement à la moyenne canadienne (31 %), les adultes du Québec (38 %) ont plus tendance à affirmer qu'ils consomment des fruits et des légumes au moins cinq fois ou plus par jour. En revanche, les adultes du Canada atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, 20 %; Île-du-Prince-Édouard, 20 %;

Nouvelle-Écosse, 25 %; et Nouveau-Brunswick, 23 %) et des Prairies (Manitoba, 24 %; Saskatchewan, 26 %; et Alberta, 25 %) ont moins tendance à affirmer qu'ils consomment des fruits et des légumes au moins cinq fois ou plus par jour. Aucune différence significative n'a été observée en Ontario (32 %) et en Colombie-Britannique (31 %), par rapport à la moyenne canadienne.

Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada (totalisation spéciale).

Quelle est la proportion d'adultes (18 ans et plus) qui consomment des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour?

Contrôle exercé par les parents sur l'alimentation des enfants

Les parents peuvent exercer de plusieurs manières un contrôle sur la consommation de nourriture de leurs enfants et l'allaitement en est une; l'Organisation mondiale de la Santé recommande que les nourrissons soient exclusivement alimentés au lait maternel pour les six premiers mois de leur vie³⁰. Plusieurs examens systématiques révèlent que l'allaitement est un facteur qui pourrait contribuer à protéger les enfants contre l'apparition de l'obésité juvénile^{4, 7, 31}. En 2003, 85 % des mères canadiennes âgées de 15 à 55 ans ont déclaré avoir opté pour l'allaitement; 19 % d'entre elles l'ont fait pendant six mois²¹³. En ce qui a trait aux moyens d'encourager les mères à allaiter, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs constate que le fait de livrer de l'information structurée sur l'allaitement maternel pendant les deux premiers mois qui suivent l'accouchement, de même que le soutien téléphonique ou en personne après l'accouchement, sont efficaces pour inciter les femmes à choisir l'allaitement et à continuer à allaiter leur enfant¹⁴². Le Groupe d'étude n'a pu démontrer l'efficacité de la documentation écrite utilisée seule ou des trousseaux que l'on trouve dans le commerce et qui sont remis à la sortie de l'hôpital¹⁴².

À mesure que l'enfant vieillit, le lien entre l'IMC et le contrôle exercé par les parents sur les habitudes alimentaires des enfants devient moins évident. Certaines recherches font état d'une plus grande probabilité de voir apparaître des problèmes de poids chez les enfants dont les parents exercent un contrôle important sur la

façon de se nourrir de leurs enfants¹⁴³⁻¹⁴⁵. Pour expliquer ces situations, les chercheurs soutiennent qu'un contrôle trop important de la part des parents peut nuire au développement de l'appétit des enfants à assurer eux-mêmes le contrôle de leur consommation de calories. En revanche, une étude qui portait sur des étudiants de troisième année issus de divers groupes ethniques et socioéconomiques a donné des résultats distincts pour les filles par rapport aux garçons. En effet, les parents qui affirmaient exercer un contrôle plus grand sur la consommation de nourriture de leurs enfants avaient des filles qui étaient moins susceptibles de présenter un surpoids, tandis que les résultats observés chez les garçons n'étaient pas significatifs¹⁴⁶.

Apporter ou acheter son repas à l'école

Une étude récente financée par l'ISPC a révélé que, en Nouvelle-Écosse, les enfants qui achètent leur repas du midi à l'école étaient, dans une proportion de 39 %, plus susceptibles de présenter un surpoids que ceux qui apportent leur repas de la maison¹⁴⁸. De plus, les enfants qui prennent le repas du soir avec leur famille trois fois ou plus par semaine étaient moins susceptibles de présenter un surpoids¹⁴⁸. Bien que cette étude ait pris en considération les facteurs de risque, comme les habitudes alimentaires, les activités, les facteurs sociodémographiques et les facteurs propres à l'école, elle n'a pas été en mesure d'étudier les types d'aliments et la qualité des aliments que les enfants apportaient de la maison ou achetaient à l'école¹⁴⁸. Cependant, elle soulève un aspect intéressant qui pourrait aider à établir un lien entre le milieu de vie et le milieu familial et la promotion du poids santé.

Les enfants qui achètent leur repas à l'école risquent davantage le surpoids que ceux qui les apportent de la maison.

Temps passé devant un écran et publicité : peut-on établir un lien avec le poids santé ou avec l'excès de poids?

On entend par « temps passé devant un écran » le temps passé à regarder la télévision et à s'adonner à des jeux vidéo et à l'ordinateur¹. Les chercheurs estiment que le temps passé devant un écran peut avoir une incidence sur le poids car :

- il remplace l'activité physique; ou
- il favorise une consommation élevée de calories attribuable à la publicité se rapportant aux aliments, ou au fait de manger tout en regardant la télévision¹⁴⁹.

- Les comparaisons internationales révèlent que les filles et les garçons du Canada âgés de 11 à 15 ans se situent dans le premier quartile, en ce qui a trait à l'utilisation de l'ordinateur pendant la fin de semaine^{83, 150}.

Un grand nombre d'études se sont déjà penchées sur la relation entre le temps passé devant un écran et le poids corporel chez les enfants et les adolescents. Or, ces études ont donné des résultats contrastés¹⁵¹.

- Plusieurs chercheurs n'ont établi aucun lien entre le temps passé à regarder la télévision et le poids¹⁴⁹ ou n'ont pu établir qu'un lien très ténu^{152, 153};
- Certaines études font état de liens évidents entre le poids et le temps passé à regarder la télévision ou à s'adonner à des jeux vidéo¹⁵⁴;
- D'autres chercheurs rapportent des liens évidents entre le poids et le temps passé à regarder la télévision uniquement^{155, 156}.

En 2003, 41 % des garçons et 46 % des filles âgés de 12 à 14 ans consommaient des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, 38 % des garçons et 45 % des filles

consommaient des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour.

Source : ESCC, Cycle 2.1 (2003) [CANSIM Tableau 105-0249]¹⁴⁷.

Quelle est la proportion de jeunes (de 12 à 19 ans) qui consomment des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour?

Le *Canada's Report Card on Physical Activity for Children and Youth* de 2005 s'est servi, pour effectuer ses analyses, des données de l'ELNEJ, de l'ESCC et de l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire. Il fait état de ce qui suit :

- La moitié des enfants et des jeunes du Canada regardent la télévision de deux à quatre heures par jour⁸³;
- Le temps passé à l'ordinateur par les enfants et les jeunes canadiens est l'un des plus élevés au monde⁸³;
- Même si les filles déclarent s'adonner chaque jour à moins d'activité physique que les garçons, elles déclarent aussi passer moins de temps à regarder la télévision et à l'ordinateur que les garçons^{83, 150};
- On constate un plus grand nombre d'heures passées à regarder la télévision chez les enfants provenant de familles à faible revenu⁸³;

Bien que plusieurs explications viennent appuyer ces conclusions divergentes, la plupart d'entre elles sont associées aux limites que posent les méthodes de recherche utilisées¹⁵¹.

Des études récentes faisant appel à des données canadiennes sur les taux autodéclarés et les taux mesurés montrent un lien entre le temps passé devant un écran et le surpoids et l'obésité. Les analyses des données autodéclarées tirées de l'ELNEJ ont révélé que la pratique des jeux vidéo et le temps passé à regarder la télévision étaient des facteurs de risque prédisposant au surpoids et à l'obésité, tandis que l'activité physique pouvait exercer un effet protecteur¹⁵⁷. Les taux mesurés de la grandeur et du poids des enfants et des jeunes canadiens indiquent que, en 2004, les enfants âgés de 6 à 11 ans qui passaient plus de deux heures par jour devant un écran étaient deux fois plus susceptibles d'avoir un surpoids ou d'être obèses, comparativement à ceux qui y passaient une heure par jour ou moins (35 % par rapport 18 %)¹.

Une étude contrôlée et randomisée menée en 1996-1997 a révélé une diminution significative de l'IMC, de l'épaisseur du pli cutané du triceps, du tour de taille et du rapport taille/hanche chez des élèves de troisième et de quatrième année, à qui l'on a fait suivre un programme d'études visant à réduire le temps passé à regarder la télévision et des vidéos et à s'adonner à des jeux vidéo à la maison¹⁵⁴. La même recherche a révélé, chez les enfants qui avaient suivi le programme d'études, une diminution significative du temps passé à regarder la télévision et de la fréquence des repas consommés devant la télévision¹⁵⁴. Cette recherche, qui cible en effet un facteur qui pourrait avoir une incidence sur le poids santé chez les enfants, met en évidence l'interrelation possible entre le milieu scolaire et le milieu de vie.

Les chercheurs ont aussi étudié le contenu présenté à la télévision, en particulier la publicité se rapportant aux aliments. En Australie, la publicité se rapportant aux aliments correspond à environ le tiers de toute la publicité diffusée pendant les heures où les enfants regardent la télévision¹⁵⁹. Plusieurs publicités annoncent des produits riches en graisses ou en sucre, mais bien peu attirent l'attention sur les fruits et les légumes¹⁵⁹. Des études menées au Royaume-Uni sur les choix des enfants indiquent que les enfants obèses et les enfants ayant un surpoids ont tendance à reconnaître davantage les messages publicitaires se rapportant aux aliments que ceux qui ne présentent pas de surpoids et qui ne souffrent pas d'obésité¹⁶⁰. Par ailleurs, les enfants exposés à la publicité, plus que ceux qui ne le sont pas, ont tendance à choisir les produits alimentaires présentés dans la publicité¹⁶¹.

Néanmoins, il est difficile de démêler les effets directs de la publicité sur les choix alimentaires des enfants des nombreuses autres influences auxquelles sont exposés les jeunes¹⁶⁰, parmi lesquelles l'influence qu'exercent les autres jeunes¹⁶².

Plusieurs gouvernements ont imposé des restrictions en ce qui concerne la publicité télévisée destinée aux enfants, dont plusieurs ciblent la publicité se rapportant aux aliments¹⁶³. Le Québec, la Norvège et la Suède interdisent les messages publicitaires destinés aux enfants¹⁶³; par contre, on dispose de peu d'évaluations de l'incidence de la législation visant à limiter la publicité se rapportant aux aliments sur les habitudes alimentaires et le poids des enfants¹⁶³.

La recherche dont il a été question ci-dessus soulève le problème des influences possibles de la publicité sur le poids et, de là, de l'influence négative que pourrait avoir la publicité sur l'image corporelle. Une méta-analyse de 25 études menées aux États-Unis a examiné les effets de l'idéal de beauté associé à la minceur sur l'image corporelle des femmes¹⁶⁴. L'image corporelle des femmes qui avaient visionné des images de personnes minces présentées dans les médias était plus négative que celles des femmes qui avaient visionné des images présentant des personnes ayant une taille moyenne ou une forte taille, et des images d'automobiles ou de maisons¹⁶⁴.

Combien de ménages canadiens ont un ordinateur et un téléviseur?

- Le pourcentage de ménages canadiens ayant des ordinateurs a grimpé, passant de 55 %, en 2000, à 69 %, en 2004¹⁵⁸.
- Le pourcentage de ménages qui utilisent l'Internet à partir de la maison a grimpé, passant de 42 %, en 2000, à 60 %, en 2004¹⁵⁸.
- En 2004, 99 % des ménages canadiens avaient un téléviseur. De ce nombre, 36 % avaient un téléviseur, 36 % en possédaient deux et 28 % en avaient trois ou plus¹⁵⁸.

Deux poids, deux mesures

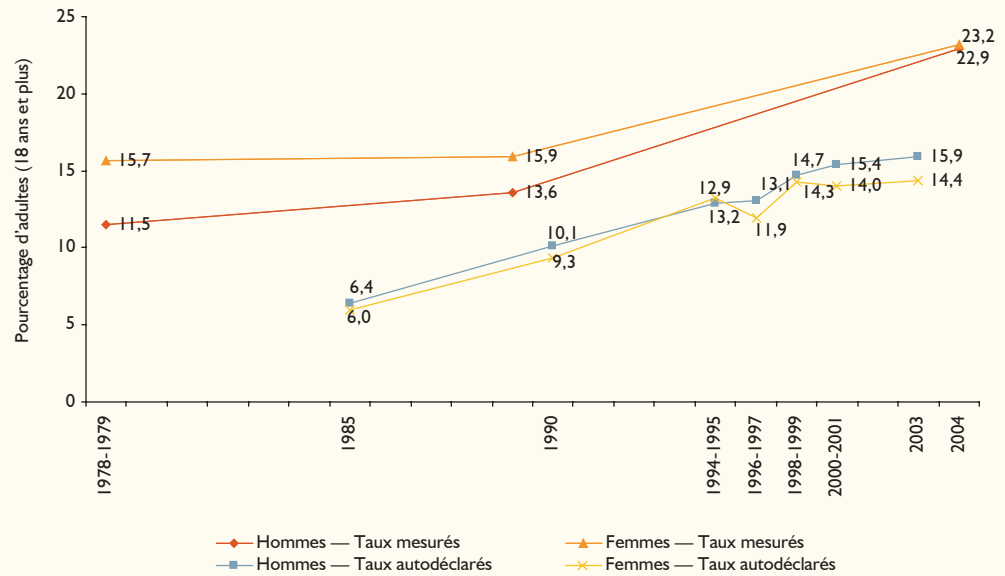
Question

Dans le cadre d'un sondage, les hommes et les femmes sont-ils tout aussi susceptibles de sous-évaluer leur poids par rapport à leur poids réel?

Réponse

Oui. On observe, chez les hommes comme chez les femmes, des écarts importants entre les taux autodéclarés et les taux mesurés d'obésité¹⁸¹.

Figure 10
Tendances relatives aux taux autodéclarés et aux taux mesurés d'obésité (IMC \geq 30) chez les adultes des deux sexes de 18 ans et plus (1978 à 2004)¹⁸¹



Sources : *Taux mesurés* : Enquête santé Canada de 1978-1979; Canadian Heart Health Surveys de 1986 à 1992 (adultes de 18 à 74 ans); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : nutrition.
Taux autodéclarés : Enquête sur la promotion de la santé de 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et 2003.
 Remarque : Les données sur les mesures de la grandeur et du poids au Canada n'ont pas été recueillies de 1979 à 1986 ni de 1992 à 2004.



6



Environnement nutritionnel



Quels aspects de l'environnement nutritionnel peut-on relier au poids santé?

L'alimentation saine occupe un espace important dans le contexte global de la nutrition. L'environnement de la nutrition couvre bon nombre d'aspects, notamment l'accès à la nourriture, le coût et la qualité des aliments. Cette section traite de l'insécurité alimentaire, du coût des aliments, de l'accès aux aliments, des dépenses alimentaires, des aliments riches en énergie, de la proximité des restaurants-minute et des portions.

Insécurité alimentaire

Trois dimensions sous-tendent l'insécurité alimentaire :

- 1) ne pas manger la quantité ou la qualité d'aliments désirée (aliments de moindre qualité);
- 2) s'inquiéter de ne pas avoir assez à manger;
- 3) ne pas avoir assez à manger¹⁶⁵.

En 2001, environ 15 % des Canadiens de 12 ans et plus (soit 3,7 millions de personnes) ont connu l'insécurité alimentaire¹⁶⁵. La probabilité de rapporter l'insécurité alimentaire est plus élevée chez les résidents qui vivent dans des ménages à faible revenu et dans ceux qui dépendent de l'aide sociale^{165, 166}. Comparativement à la moyenne canadienne (15 %), les personnes qui vivent dans les territoires présentaient un risque plus élevé d'insécurité alimentaire (Yukon, 21 %; Territoires du Nord-Ouest, 28 %; Nunavut, 56 %) ¹⁶⁵. Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) révèlent également que les probabilités de connaître l'insécurité alimentaire sont plus élevées dans les ménages dirigés par une mère monoparentale (comparativement à

d'autres types de ménage), comme c'est le cas chez les Autochtones (comparativement aux personnes n'ayant pas le statut d'Autochtone)¹⁶⁶. La recherche démontre que les mères qui vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire sont susceptibles de compromettre leur propre régime alimentaire pour s'assurer que leurs enfants mangent suffisamment¹⁶⁷.

Certains travaux de recherche font état d'une association entre l'insécurité alimentaire et le surpoids¹⁶⁸ et l'obésité, en particulier chez les femmes¹⁶⁹. Une autre recherche révèle que, comparativement aux résidents qui ne vivent pas dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, un pourcentage élevé de résidents qui vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire étaient obèses, peu importe l'âge, le sexe et le niveau de revenu¹⁶⁶. Cependant, la relation ne se limite pas uniquement aux personnes qui ont un surpoids ou qui sont obèse. Une étude finlandaise indique que les personnes qui avaient un poids insuffisant (IMC inférieur à 20), par comparaison avec celles qui ont un IMC de 20 ou plus, étaient plus susceptibles de déclarer avoir faim et connaître l'insécurité alimentaire¹⁷⁰.

Coût des aliments et accès aux aliments

L'enquête canadienne sur les dépenses alimentaires des familles, de même que plusieurs études effectuées aux États-Unis, indiquent que plusieurs personnes à faible revenu vivent dans des régions où les commerces et les réseaux de transport sont peu nombreux et où le coût des aliments est élevé¹⁷²⁻¹⁷⁴. Au Canada, dans certains secteurs à faible revenu, le coût moyen des aliments offerts dans les épiceries du noyau central de la ville dépasse de 11 % celui des aliments offerts dans les épiceries de banlieue¹⁷².

Le projet Northern Food Prices s'est penché sur les raisons et les mécanismes qui sous-tendent l'établissement des prix des aliments dans le Nord du Manitoba¹⁷⁵. On a découvert que les frais de transport dans les collectivités éloignées desservies par avion excédaient de 13 % les frais de transport chez les détaillants du Sud, ce qui contribuait à faire augmenter le prix des aliments dans ces régions. Dans les collectivités où les routes sont praticables en tout temps, les frais de transport (3 %) étaient inférieurs à ceux des détaillants en alimentation du Sud et, par voie de conséquence, le prix des aliments était concurrentiel. Par ailleurs, la piètre qualité et le prix élevé des denrées périssables nutritives avaient tendance à décourager les résidents du Nord à en acheter et à en consommer¹⁷⁵.

Dépenses alimentaires

Des analyses récentes des données recueillies par l'enquête de 1996 sur les dépenses alimentaires des familles indiquent que les ménages à faible revenu consacrent moins d'argent à l'achat de

nourriture dans les restaurants et les magasins que les ménages ayant un revenu plus élevé¹⁷⁶. De plus, comparativement aux ménages à revenu supérieur, les ménages à faible revenu faisaient l'achat d'un moins grand nombre de portions de fruits et de légumes et de produits laitiers¹⁷⁶.

Aliments riches en énergie

Les données américaines indiquent que les croustilles, le chocolat et les boissons gazeuses embouteillées localement fournissent de l'énergie alimentaire à moindre coût que les aliments sains, comme la viande maigre, le poisson et les fruits et les légumes frais¹⁷⁷.

Restaurants-minute

Une étude transversale menée aux États-Unis fait état d'un lien entre le nombre de résidents par restaurant-minute et la prévalence de l'obésité dans un état donné. Les taux d'obésité, selon l'État, s'étendent de 17 % à 28 %¹⁷⁸. Les États qui affichent les plus bas taux d'obésité avaient tendance à avoir un plus grand nombre de résidents par restaurant-minute. Compte tenu de la nature transversale et corrélationnelle de cette étude, il est impossible de tirer des conclusions quant aux liens de causalité.

Les études disponibles jusqu'à maintenant montrent un accroissement des taux de mortalité et d'hospitalisation, due à des syndromes coronariens aigus, dans les régions de l'Ontario où le nombre de restaurants-minute est élevé¹⁷⁹. Aucune recherche examinant le lien entre le nombre de restaurants-minute dans les villes canadiennes et l'obésité n'a été menée à ce jour.

Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste du Canada

Le Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste du Canada est une subvention accordée pour le transport d'aliments nutritifs. Les collectivités isolées (qui ne disposent pas d'une route ou d'une voie ferrée praticable toute l'année) sont admissibles au programme, qui est un partenariat entre Postes Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et Santé Canada. Même si, en 2003, on ne connaissait pas l'efficacité à long terme de ce programme sur le poids corporel, le projet Northern Food Prices fait état des résultats suivants¹⁷⁵ :

- Cent quarante collectivités (population totale : 90 000 personnes) de six provinces et trois territoires sont admissibles au Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste;
- De ces 140 collectivités, 60 collectivités (population totale : 46 000 personnes) de quatre provinces et trois territoires utilisaient les services offerts dans le cadre du Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste; et
- Aucune des 19 collectivités admissibles (population totale : 17 000) du Manitoba n'utilisait les services offerts dans le cadre du programme¹⁷⁵.

Portions

Les analyses menées aux États-Unis dans le cadre de trois études représentatives sur le plan national ont indiqué que, entre 1977 et 1996, la taille des portions (à l'exception des pizzas) a augmenté tant à la maison qu'à l'extérieur de la maison. Entre 1977 et 1996, on a observé une augmentation de la consommation de calories et de la taille des portions de l'ordre de 97 kcal dans le cas des hamburgers, de 68 kcal dans le cas des frites, et de 49 kcal dans le cas des boissons gazeuses. De 1994 à 1998, c'est dans les restaurants-minute qu'on retrouvait les portions les plus importantes de grignotines salées, de boissons gazeuses, de boissons aux fruits et de frites¹⁸⁰.

Dans son rapport intitulé *Améliorer la santé des Canadiens 2004*, l'ISPC révèle que, en 2000-2001, les taux autodéclarés de surpoids et d'obésité chez les hommes ont augmenté proportionnellement au revenu du ménage⁴¹. En revanche, les femmes vivant dans des ménages à revenu supérieur étaient moins susceptibles de présenter un surpoids ou d'être obèses.

De nouveaux résultats, fondés sur la grandeur et le poids mesurés, donnent lieu à des conclusions quelque peu différentes. L'ESCC (Cycle 2.2) fait, pour l'année 2004, les constats suivants :

- Les hommes canadiens vivant dans des ménages à revenu moyen-inférieur étaient moins susceptibles d'être obèses que les hommes vivant dans les ménages au revenu le plus élevé;
- Comparativement aux femmes vivant dans les ménages au revenu le plus élevé, les femmes vivant dans des ménages à revenu moyen et moyen-supérieur présentaient des taux d'obésité très importants².

Des études indiquent qu'un grand nombre de facteurs sous-jacents peuvent avoir une incidence sur ces résultats :

Emploi

- Les recherches ont démontré que les hommes qui occupent des emplois moins spécialisés semblent plus actifs physiquement, au travail et à la maison, que les professionnels ou les travailleurs qualifiés¹⁷¹.

Habitudes de vie

- Les risques pour la santé associés au tabagisme²¹⁶ et à l'obésité^{3,4} sont bien connus. Pour cette raison, la relation entre les deux retient souvent l'attention des chercheurs.

- Bien que certaines recherches montrent que les fumeurs ont un IMC inférieur à celui des non-fumeurs, ces mêmes recherches montrent aussi que « les risques de morbidité et mortalité cardiaque chez les fumeurs ne sont pas réduits suffisamment par un IMC inférieur, pour justifier le fait de fumer [traduction] »²¹⁶ (p. 838).

Les taux d'obésité chez les hommes et les femmes : le revenu a-t-il un rôle à jouer?

Insécurité alimentaire

- Les résidents qui vivent dans des ménages à faible revenu et dans ceux qui dépendent de l'aide sociale ont tendance à déclarer, plus que les autres, connaître l'insécurité alimentaire^{165, 166}.
- Les ménages dirigés par des mères monoparentales et les Autochtones présentent de plus fortes probabilités de connaître l'insécurité alimentaire que les autres types de ménages et les non-Autochtones¹⁶⁶. De plus, les mères qui vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles de compromettre leur propre régime alimentaire pour s'assurer que leurs enfants mangent suffisamment¹⁶⁷.

Questions de mesure

- Les gens refusent souvent de répondre, dans le cadre d'un sondage, aux questions qui touchent le revenu; cela restreint les conclusions qu'il y a lieu de tirer des différences entre les niveaux de revenu. Par exemple, l'ESCC de 2004 (Cycle 2.2) a rapporté des différences dans le taux de réponse en fonction du revenu du ménage chez les hommes et chez les femmes².

Les résultats décrits dans cette section révèlent que plusieurs facteurs propres à l'environnement nutritionnel peuvent jouer un rôle dans le poids santé. Comme l'indiquent les travaux de recherche présentés dans la présente section, certains groupes de personnes ou certaines personnes résidant dans certains secteurs seraient exposées à des risques plus élevés d'obésité en raison de leur incapacité à se procurer des aliments sains ou à faire l'achat d'aliments sains en quantité suffisante^{165, 166}.

Le revenu du ménage a-t-il une incidence sur la consommation de fruits et de légumes chez les adultes?

Des nouvelles analyses effectuées par l'ISPC révèlent que les adultes canadiens (18 ans et plus) vivant dans des ménages au revenu plus élevé sont, de manière significative, plus susceptibles de déclarer consommer des fruits et des légumes cinq fois par jour et plus (36 %), comparativement à ceux appartenant aux ménages des quintiles de revenu inférieur (24 %^E),

moyen-inférieur (22 %), moyen (28 %) et moyen-supérieur (31 %).

Source : ESCC, Cycle 2.2 (2004), Statistique Canada (totalisation spéciale).

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



7

Services



personnels de santé



Quel est le lien entre les services personnels de santé et le poids santé?

Les services de santé peuvent revêtir les aspects les plus divers.

À l'échelle de la population, il peut s'agir de promotion de la santé et de prévention des maladies, des blessures et des décès. Sur le plan individuel, il peut s'agir de la disponibilité des temps d'attente, des dispensateurs de soins de santé et de l'utilisation des divers types de services de santé. Cette section examine la relation des personnes obèses avec l'utilisation des services de santé personnels, les interventions spécialisées, les résultats en santé mentale et les programmes commerciaux de perte de poids.

À propos de l'utilisation des services de santé

Les analyses des données de 1994, tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée au Canada, indiquent un taux moins élevé d'hospitalisations chez les personnes obèses comparé aux personnes non obèses. De plus, les personnes obèses étaient plus susceptibles de consulter plus souvent des omnipraticiens, des professionnels de la santé mentale et des spécialistes, de même que de prendre des médicaments (comme des médicaments pour la tension artérielle et pour les maladies du cœur)³⁶.

Des recherches récentes indiquent que certains professionnels de la santé pourraient partager les stéréotypes associés aux personnes obèses (suggérant qu'elles sont « paresseuses » ou « inutiles ») et, en retour, manifester des attitudes

négatives, implicites et explicites, à l'égard des personnes obèses³⁹. Plusieurs études ont recensé ces attitudes négatives^{37, 38} même chez les professionnels de la santé qui se spécialisent dans le traitement et l'étude de l'obésité³⁹.

Selon des études réalisées aux États-Unis, les personnes obèses, en particulier les femmes, sont plus susceptibles d'attendre avant de faire appel à des services préventifs de santé⁴⁰. Sauf dans le cas des mammographies, les personnes obèses et les femmes qui souffrent d'obésité sévère sont plus susceptibles d'attendre jusqu'à trois ans avant de passer des examens cliniques des seins, des examens gynécologiques et des tests Pap que les femmes ayant un IMC moyen de 25. On a observé des résultats semblables même en tenant compte de l'effet des variables de l'âge, de la race, du revenu, du niveau de scolarité, du tabagisme et de la participation ou non à un régime d'assurance maladie⁴⁰.

Interventions spécialisées

Outre les services préventifs de santé, il existe un grand nombre d'options médicales et chirurgicales pour traiter l'obésité. Des essais randomisés et des méta-analyses indiquent que les médicaments amaigrissants (par exemple, Orlistat et Sibutramine), combinés avec un régime alimentaire adéquat et à de l'exercice physique¹⁸⁵, peuvent aider à réaliser une modeste perte de poids et à maintenir le poids obtenu¹⁸²⁻¹⁸⁴. Les résultats de santé à long terme quant à l'IMC lié au surpoids et à l'obésité sont généralement inconnus^{184, 185}.

Pour certaines personnes, le régime alimentaire, l'exercice physique ou la pharmacothérapie ne sont d'aucune efficacité. Par exemple, pour traiter les adultes ayant un IMC de 40 ou plus, ou les adultes obèses qui souffrent de problèmes de santé liés au poids, on tente parfois des traitements plus effractifs, comme le pontage gastrique et la gastroplastie^{186, 187}. Le nombre de chirurgies bariatriques effectuées au Canada ces dernières années est demeuré relativement stable, si ce n'est pour 2002-2003 qui a connu une augmentation^{188, 218}. Des interventions comme celles-là sont coûteuses et présentent un risque relativement élevé de complications chirurgicales (s'élevant à 20 %, selon certaines études), de troubles digestifs postopératoires et, dans certains cas, de décès^{187, 189, 190}. Des examens systématiques et des méta-analyses ont révélé que 10 ans après l'intervention, les personnes ayant subi ce type de chirurgie avec succès avaient perdu de 20 à 30 kilogrammes, maintenu leur poids et connu des améliorations sur le plan de la santé, notamment en ce qui a trait aux problèmes liés à la pression artérielle et au diabète^{186, 190}. Bien que ces interventions soient efficaces dans plusieurs cas, elles ne concernent qu'un nombre restreint d'individus et n'ont aucun effet global significatif sur la promotion du poids santé dans la population en général.

Santé mentale et problèmes de poids

De nombreuses études ont révélé que l'obésité (IMC ≥ 30) et l'obésité sévère (IMC ≥ 40) sont reliées aux symptômes dépressifs et au trouble

dépressif majeur. Une étude canadienne fait état d'un risque plus élevé de dépression chez les adultes obèses que chez les adultes non obèses¹⁹¹. Deux études menées aux États-Unis ont observé cette relation, en particulier chez les femmes. Selon l'une de ces études, les femmes obèses étaient, dans une proportion de 37 %, plus susceptibles de recevoir un diagnostic de dépression, tandis que les hommes obèses étaient moins susceptibles, dans une proportion de 37 %, de recevoir un diagnostic de dépression. Constatation intéressante, ce sont les hommes ayant un poids insuffisant qui risquent le plus de recevoir un diagnostic de dépression¹⁹². Une autre étude a mis en évidence une relation entre l'obésité chez les femmes et la dépression au cours du dernier mois; cette relation était également significative chez les hommes très obèses¹⁹³. Toutefois, on s'explique mal la nature de la relation entre l'obésité et la dépression. Les personnes obèses sont-elles plus susceptibles d'être dépressives ou les personnes dépressives sont-elles plus susceptibles d'être obèses?

Le lien entre la santé mentale et les problèmes de poids ne concerne pas que l'obésité. En effet, nous l'avons vu plus haut, santé mentale et poids insuffisant peuvent également être reliés. Dans son *Rapport sur les maladies mentales au Canada*¹⁹⁴, l'Agence de santé publique du Canada s'est penchée sur le sujet et a étudié plusieurs questions entourant les troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie et frénésie alimentaire). Le rapport a permis de faire les constatations suivantes :

- Au cours de leur vie, plus ou moins 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation;
- Les troubles de l'alimentation ont des effets plus importants chez les jeunes filles et les femmes que chez les garçons et les hommes;
- La promotion de la minceur dans notre société, tout comme les facteurs biologiques et individuels, peuvent s'avérer des facteurs de risque sur le plan des troubles de l'alimentation;
- Entre 1987 et 1999, les hospitalisations pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans¹⁹⁴.

Programmes commerciaux de perte de poids

Des examens systématiques menés aux États-Unis¹⁹⁶ et au Royaume-Uni¹⁹⁷, de même que des études contrôlées et randomisées¹⁹⁸, fournissent quelques éléments qui viennent appuyer l'efficacité à long terme, chez les adultes, des certains régimes alimentaires pour la perte de poids.

Un examen systématique effectué aux États-Unis s'est penché sur trois programmes commerciaux non médicaux de perte de poids (Weight Watchers, Jenny Craig et LA Weight Loss), deux régimes très pauvres en calories administrés dans un cadre médical (Health Management Resources et OPTIFAST), un programme dispensé sur Internet (eDiets.com) et deux programmes d'entraide et d'autothérapie (Overeaters Anonymous et Take Off Pounds Sensibly)¹⁹⁶. Le programme Weight Watchers était le seul à avoir fait l'objet d'un essai contrôlé et randomisé qui a démontré son efficacité dans la réduction du poids. On n'a trouvé aucune étude publiée de qualité portant sur les programmes Jenny Craig ou LA Weight Loss. Les études portant sur les régimes très pauvres en calories administrés dans un cadre médical, sur les programmes dispensés sur Internet ou sur les programmes d'autothérapie, étaient quant à elles de moindre qualité¹⁹⁶. Les patients qui ont eu recours aux régimes très pauvres en calories et qui ont poursuivi le traitement ont perdu de 15 % à 25 % de leur poids corporel pendant une période de trois à six mois; par contre, plusieurs patients ont abandonné les programmes et ceux qui ont l'ont achevé avaient maintenu, un an

plus tard, une perte de 8 % à 9 % de leur poids corporel¹⁹⁶.

Un autre essai randomisé mené aux États-Unis a étudié tout récemment l'efficacité de quatre régimes populaires (Atkins, Zone, Weight Watchers et Ornish) ayant trait à la perte de poids et à la diminution des facteurs de risque cardiaque¹⁹⁸. Après 12 mois, tous les régimes étudiés avaient entraîné des pertes de poids importantes, de même que des améliorations significatives à l'égard de divers facteurs de risque cardiaque (par exemple, le rapport cholestérol lipoprotéine de faible densité/lipoprotéine de haute densité [LDL/HDL]). Dans chacun des quatre régimes examinés, la perte de poids étaient associée de manière significative aux modifications du rapport cholestérol total/cholestérol HDL, de la protéine c réactive et des niveaux d'insuline.

Un examen systématique mené au Royaume-Uni a amassé peu de preuves appuyant l'efficacité, dans la réduction du poids, des régimes faibles en gras et hypocaloriques, des régimes très pauvres en calories et des jeûnes modifiés avec épargne protéique¹⁹⁷. Lorsqu'on a comparé ces régimes aux traitements de contrôle, on n'a pu observer des modifications du poids que chez les participants utilisant un seul régime hypocalorique et un seul régime très pauvre en calories¹⁹⁷. Toutefois, parmi les régimes étudiés, divers régimes hypolipidiques étaient associés à une perte de poids significative, qui se maintenait parfois jusqu'à 36 mois. S'appuyant sur ces résultats, les auteurs estiment que les régimes hypolipidiques seraient, de façon constante, les plus efficaces pour réduire le poids¹⁹⁷.

En 2001, 25 % des jeunes déclaraient qu'ils essayaient de perdre du poids (37 % des filles et 10 % des garçons). Parmi les jeunes qui avaient un surpoids, 44 % d'entre eux ont signalé qu'ils essayaient de perdre du poids (64 % des filles et 32 % des garçons). Parmi les jeunes qui étaient obèses, 56 % ont signalé

qu'ils essayaient de perdre du poids (74 % des filles et 45 % des garçons).

Source : Analyse de l'ELNEJ (Cycle 4, 2000-2001) réalisées par l'ISPC, Statistique Canada (totalisation spéciale).

En 2001, quelle proportion de jeunes ont déclaré essayer de perdre du poids?

En 2000-2001, 70 % des adultes canadiens disaient avoir l'intention de faire des changements dans leur vie pour améliorer leur santé. De ceux-ci, 62 % avaient

l'intention de devenir plus actifs physiquement, 17 % avaient l'intention de perdre du poids et 17 % avaient l'intention d'améliorer leur alimentation¹⁹⁵.

En 2001, quelle proportion d'adultes ont déclaré essayer de perdre du poids?

Deux poids, deux mesures

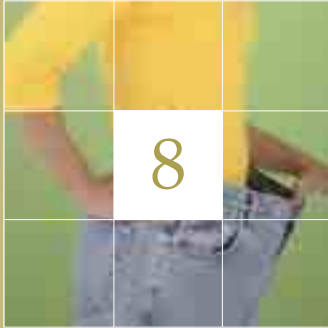
Facteurs liés au poids chez les adolescents et acquis relatifs au milieu social

L'ISPC, dans son rapport *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*⁴², a examiné comment les relations avec la famille (valorisation parentale et surveillance exercée par les parents-ci), les amis (relations avec d'autres jeunes), l'école (participation scolaire) et la collectivité (bénévolat) étaient liés à l'état de santé autodéclaré, à l'estime de soi, au tabagisme et à la consommation d'alcool et de marijuana chez les jeunes de 12 à 17 ans. L'ISPC a étudié l'influence de ces facteurs sur l'activité physique et sur l'image physique positive de soi.

- Les jeunes qui ont affirmé avoir des niveaux élevés de relations avec d'autres jeunes avaient également tendance à rapporter des niveaux élevés de participation à des sports libres (au moins quatre fois par semaine).
- Les jeunes qui ont rapporté des niveaux élevés de valorisation et de surveillance parentale, de participation scolaire et de relations avec d'autres jeunes étaient plus susceptibles de rapporter une image physique positive (satisfaits de leur apparence) que les jeunes qui rapportaient des niveaux faibles à moyens.
- Chez les jeunes femmes, 48 % des femmes ayant un poids normal, 37 % des femmes présentant un surpoids et 38 % des femmes obèses affirmaient avoir une image physique positive d'elles-mêmes.
- Les hommes ayant un poids normal (66 %) étaient plus enclins à affirmer avoir une image physique positive d'eux-mêmes que les hommes ayant un surpoids (54 %) ou étant obèses (49 %) [aucune comparaison entre les hommes et les femmes ou entre les niveaux d'IMC n'a été effectuée].



8



Une solution toute simple

Sonder l'opinion des Canadiens
sur les solutions à mettre en œuvre
pour promouvoir le poids santé

La solution pour atteindre le poids santé se résume souvent à ces quelques mots : bien manger et faire de l'exercice. Cette « solution simple » semble partagée par la population canadienne, comme le révèle un récent sondage d'opinion par téléphone réalisé par l'ISPC. Un certain nombre de facteurs peuvent influencer l'établissement des politiques, dont la recherche fondée sur les preuves, la volonté politique et la disponibilité des ressources²¹⁷. On peut ajouter l'opinion publique comme facteur d'influence. C'est pour comprendre les attitudes et les perceptions du public à l'égard du poids santé qu'on a posé à 1 816 Canadiens de 18 ans et plus des questions sur les facteurs qui ont un effet sur le poids corporel, sur les stratégies à envisager pour promouvoir le poids santé et sur les intervenants à qui l'on devrait confier le dossier du poids santé^{†††}.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Douze pour cent (12 %) des adultes canadiens estiment que l'obésité est un problème de santé important; ils classent l'obésité au quatrième rang derrière les maladies du cœur, le cancer et les maladies chroniques (29 %), le manque de médecins et d'infirmières (19 %); les soins de santé (19 %), et les délais d'attente à l'hôpital et en salle d'urgence (19 %).

Même si l'on reconnaît que les facteurs sociaux et environnementaux jouent un rôle dans l'obésité, 58 % des adultes canadiens croient que ce sont les choix individuels qui sont la cause de l'obésité et 73 % d'entre eux estiment que la réduction du poids relève d'une responsabilité individuelle.

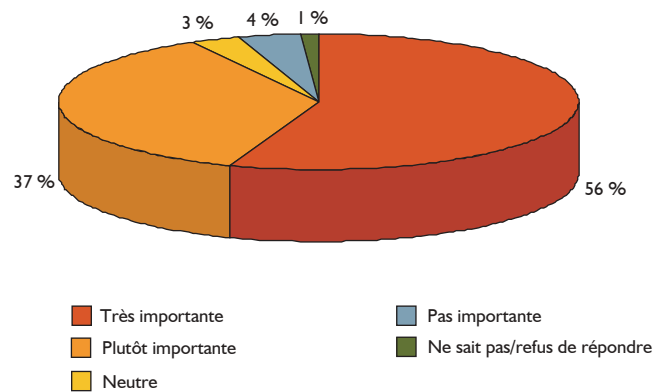
Les adultes canadiens ont indiqué que des facteurs personnels, notamment l'activité physique (59 %) et les habitudes alimentaires (65 %), jouent un rôle très important dans la prévention de l'obésité.

Cinquante six pour cent (56 %) des adultes canadiens croient que la réduction de l'obésité est très importante pour la santé générale des Canadiens (voir la figure 11).

††† Voir l'annexe B (Méthodologie) pour un complément d'information sur la population ciblée et les questions soulevées lors du sondage d'opinion.

Figure 11

Dans quelle mesure croyez-vous que la réduction de l'obésité est importante pour la santé générale des Canadiens? (2004)



Or, comme le présent rapport le décrit, les façons d'aborder le problème de santé complexe qu'est l'obésité sont tout sauf simples, et peuvent cibler des comportements individuels tout comme des facteurs environnementaux et sociaux. Bien que l'alimentation et l'exercice physique aient un effet direct sur le poids corporel, ces deux facteurs peuvent subir l'influence du milieu dans lequel nous vivons, nous apprenons, nous travaillons et nous nous divertissons, à savoir :

- Milieu physique et communautaire;
- Milieu de travail;
- École;
- Milieu de vie et milieu familial;
- Environnement nutritionnel; et
- Services personnels de santé.

Les particularités de chacun de ces milieux peuvent encourager la consommation excessive de nourriture et l'inactivité physique, ou encore promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique. La dernière section, tout en mettant au premier plan les objectifs du présent rapport, résume ce que nous connaissons et ce que nous ignorons toujours, compte tenu des connaissances actuelles. Elle propose également aux chercheurs et aux responsables des politiques et des programmes des options pour faciliter le choix des Canadiens à privilégier un mode de vie plus sain, et contient des renseignements supplémentaires, notamment ce que pensent les Canadiens des options visant à promouvoir le poids santé.



9

Politiques et
programmes



canadiens en
matière de

promotion
du poids santé

Ce que nous savons
et ce que nous ignorons

Tout le présent rapport en fait foi, bon nombre de recherches et d'initiatives sont mises en œuvre en vue de promouvoir le poids santé. Au début de 2005, l'ISPC a financé le Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire (RAPSC) afin qu'il mette à jour et améliore l'inventaire des politiques et initiatives canadiennes en matière de promotion de l'alimentation saine et de la vie active[¥]. À peine 10 % (42) des 413 programmes répertoriés au pays avaient une composante d'évaluation, et bien peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation pour ce qui est des résultats à long terme. Bon nombre d'initiatives en cours font la promotion du poids santé; or ces résultats et l'examen de la littérature¹⁰⁶ indiquent que trop peu d'évaluations de programmes ont été publiées ayant trait aux changements de comportement face à la santé et au poids santé.

Le présent rapport fait état d'exemples de programmes canadiens et internationaux pour lesquels les résultats d'évaluation ont été publiés. Cette section, centrée sur chaque établissement et chaque environnement concerné par le rapport, résume ce que les éléments de preuve nous ont appris, cerne les lacunes sur le plan de la connaissance et illustre les possibilités en matière de recherche et de politiques.

[¥] Voir l'inventaire intégral à l'adresse www.ahprc.dal.ca/heal/index.cfm.

Le milieu physique et communautaire

Ce que nous savons

- L'ampleur de l'étalement urbain⁶⁷, la sécurité perçue^{71,73}, les distances qui favorisent la marche⁵³, le caractère esthétique du quartier et l'accès à des équipements récréatifs^{79,82} semblent influencer le choix des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées à faire de l'activité physique ou à adopter le transport actif.
- Les adultes qui optent pour le transport actif (par exemple, qui se rendent au travail à pied ou à vélo) sont moins susceptibles de présenter un surpoids ou d'être obèses⁶⁴.
- Les efforts visant à construire des établissements d'activités physiques ou à améliorer l'accès aux établissements existants par la modification de l'environnement local peuvent être efficaces pour encourager l'activité physique chez les adultes. Les installations récréatives communautaires et les sentiers pédestres peuvent jouer un rôle dans la promotion de l'activité physique^{117, 199}.
- Le soutien social qu'offre la collectivité est associé au niveau d'activité. La création, le renforcement et le maintien de réseaux sociaux qui appuient la modification des comportements peuvent aider à accroître l'activité physique^{117, 199}.

- Les campagnes s'adressant à l'ensemble de la collectivité peuvent encourager les gens à faire davantage d'activités physiques¹⁹⁹. De vastes campagnes, comme Saskatoon *in motion*⁸⁴, font généralement appel à plusieurs secteurs et privilégient « ... une approche reposant sur des interventions multiples, très visibles et étendues [traduction] » (p. 77) dans le but d'amener des changements de comportement, comme accroître la pratique de l'activité physique¹⁹⁹. Ces initiatives ciblent souvent un vaste auditoire et livrent des messages faisant la promotion de la santé par divers moyens de communication, tels que le publipostage direct, la télévision, la radio et les journaux¹⁹⁹.

Ce que nous ignorons

- Bien que nous connaissions le lien qui existe entre les interventions communautaires et le niveau d'activité, nous ignorons s'il y a un lien entre les interventions communautaires et l'obésité et l'ampleur d'un tel lien. Cela peut s'expliquer en partie par les difficultés propres à l'évaluation et à l'établissement de liens entre de telles interventions, menée dans la collectivité, et les résultats de santé⁸⁶.
- Bien qu'il y ait un lien entre l'étalement urbain et l'obésité, nous n'en comprenons pas tout à fait les causes et les effets.
- Nous ignorons dans quelle mesure les variations saisonnières, en particulier durant les mois de temps froid, influent sur les niveaux d'activité physique et l'IMC des Canadiens.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Trente-neuf pour cent (39 %) des adultes croient que le fait de vivre dans des collectivités qui sont dotées d'espaces récréatifs, et quarante-six pour cent (46 %) croient que le fait de vivre dans des collectivités où l'on peut marcher et jouer de façon sécuritaire, joue rôle très important dans la prévention de l'obésité.

Les adultes canadiens ayant de bas niveaux de scolarité et de revenu ont plus tendance à accorder un rôle très important aux facteurs sociaux dans la prévention de l'obésité (par exemple, le fait de vivre dans des collectivités dotées d'espaces récréatifs, où l'on peut marcher et jouer de façon sécuritaire).

Trente-neuf pour cent (39 %) des adultes estiment que le fait d'encourager l'aménagement de collectivités où l'on peut se déplacer sans toujours faire l'usage de l'automobile est très important pour la santé des personnes qui y vivent.

Quarante-et-un pour cent (41 %) des adultes croient que l'accès au transport en commun, et cinquante-deux pour cent (52 %) des adultes croient que la présence de trottoirs adéquats et de pistes cyclables dans le but de réduire l'utilisation de l'automobile, sont très importants pour la santé des gens de la collectivité.

Le milieu de travail

Ce que nous savons

- En 2004, 23 % des Canadiens de 18 ans et plus (5,5 millions) étaient obèses². Compte tenu du temps que les gens passent au travail, les lieux de travail sont des endroits possiblement tout indiqués pour promouvoir le poids santé.
- La nature de l'emploi et le lieu de travail peuvent avoir un effet sur le niveau d'activité des gens et sur le risque que comporte le poids nuisible à la santé²⁶⁻²⁹.
- Un examen systématique récent, mené par the U.S. Task Force on Community Preventive Services, a conclu que les interventions en milieu de travail qui s'adressent à la fois au régime alimentaire et à l'activité physique peuvent être efficaces pour aider les employés à lutter contre le surpoids et l'obésité⁹⁶.

Ce que nous ignorons

- Nous ne connaissons pas les coûts et les avantages liés aux programmes de promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique dans les milieux de travail au Canada.
- Nous ignorons dans quels types de milieu de travail les programmes de promotion du poids santé sont les plus efficaces.
- Bien qu'une étude sérieuse ait trouvé un lien entre les programmes d'activités physiques en milieu de travail et l'augmentation de l'activité physique⁹⁵, on dispose de peu de données probantes sur l'efficacité des stratégies ayant trait à l'amélioration de la santé, à l'augmentation de l'activité physique et de l'alimentation saine et à la réduction du surpoids et de l'obésité qui sont mises en œuvre sur les lieux de travail^{192, 95, 200}.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Cinquante-sept pour cent (57 %) des adultes canadiens appuient fortement l'idée de récompenser par des mesures d'encouragement les employeurs qui fournissent à leurs employés des programmes ou des installations de conditionnement physique.

L'école

Ce que nous savons

- Compte tenu du temps que passent à l'école les enfants et les jeunes et du lien entre la santé et le potentiel d'apprentissage que l'école présente, les établissements scolaires sont des endroits tout indiqués pour s'attaquer à la question du poids santé¹⁰⁴⁻¹⁰⁷.
- On a constaté que les modifications apportées aux cours d'éducation physique dans les écoles (comme la hausse du nombre d'heures consacrées aux cours d'éducation physique existants et l'augmentation de l'activité physique) sont efficaces pour augmenter le niveau d'activité physique chez les étudiants des États-Unis et du Canada^{116, 199}.
- En 2001, 54 % des écoles canadiennes étaient dotées de politiques en matière d'éducation physique, mais seulement 16 % d'entre elles ont déclaré offrir des cours d'éducation physique sur une base quotidienne¹²¹.
- Les programmes coordonnés qui mettent à contribution l'école, la collectivité et les familles peuvent être efficaces pour promouvoir l'adoption de comportements sains, comme s'alimenter plus sainement et être plus actifs^{127, 139}.
- Quelques études donnent à penser que les programmes en milieu scolaire qui visent à dissuader les enfants de consommer des boissons gazeuses semblent être reliés à une diminution du pourcentage moyen de surpoids et d'obésité chez les enfants¹¹³. Toutefois, l'effet de la consommation de boissons gazeuses sur l'obésité chez les enfants et les adultes reste encore à prouver.

Ce que nous ignorons

- Nous ne connaissons pas la « transférabilité » des programmes de santé coordonnés en milieu scolaire. Les interventions qui varient d'une école à l'autre en fonction des besoins de la collectivité, des caractéristiques démographiques et de la culture auront-elles la même efficacité à promouvoir le poids santé?
- Nous ignorons à quelle intensité et à quelle fréquence il faut appliquer l'intervention pour qu'un programme scolaire de santé soit efficace. Quand faut-il s'arrêter? Quel équilibre doit-on atteindre, en ce qui a trait aux connaissances, à la nutrition et à l'activité physique, pour entraîner une modification du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire?
- Nous ignorons quelles sont les répercussions sur les taux d'obésité chez les enfants et les jeunes des politiques provinciales récentes, qui légifèrent sur le nombre d'heures consacrées à l'activité physique dans les écoles.
- Nous ignorons l'efficacité à long terme du retrait des distributeurs automatiques ou de la modification de leur contenu sur l'obésité chez les enfants.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Soixante-douze pour cent (72 %) des adultes appuient fortement l'idée d'augmenter les programmes sportifs non compétitifs et d'activités récréatives dans les écoles.

Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des adultes appuient fortement l'idée de favoriser la mise sur pied de programmes de nutrition et d'éducation physique à l'école.

Le milieu de vie et le milieu familial

Ce que nous savons

- En 2004, 21 % des enfants de 2 à 5 ans, 26 % des enfants de 6 à 11 ans et 29 % des jeunes de 12 à 17 ans avaient un surpoids ou étaient obèses¹.
- Le niveau de scolarité, le statut socio-économique et la culture sont associés aux taux d'obésité².
- Les taux d'obésité sont aussi liés aux habitudes de vie personnelles²² et aux facteurs génétiques^{12, 14}.
- Des examens systématiques qui évaluaient les effets de l'allaitement sur l'apparition de l'obésité juvénile indiquent que l'allaitement est un facteur qui pourrait contribuer à protéger les enfants contre l'apparition de l'obésité juvénile^{4, 7, 31}.
- Une étude récente a révélé que les enfants qui achètent leur repas du midi à l'école étaient, dans une proportion de 39 %, plus susceptibles de présenter un surpoids que ceux qui apportent leur repas de la maison¹⁴⁸. De plus, les enfants qui prennent le repas du soir à la maison avec leur famille trois fois ou plus par semaine étaient moins susceptibles de présenter un surpoids ou d'être obèses¹⁴⁸.
- L'obésité parentale est associée à l'obésité chez les jeunes; en outre, les jeunes dont un des parents est inactif pendant ses loisirs sont eux aussi plus susceptibles d'être inactifs¹⁴¹.
- Les recherches antérieures ont donné des résultats contrastés relativement à l'importance de la relation entre le temps passé devant un écran et le poids corporel chez les enfants et les adolescents. En revanche, des données récentes sur les taux mesurés de la grandeur et du poids indiquent que les enfants qui passent plus de deux heures par jour devant un écran étaient plus susceptibles d'avoir un surpoids ou

d'être obèses, comparativement à ceux qui passaient une heure par jour ou moins devant un écran¹.

- L'école et le milieu de vie sont deux cadres de vie qui semblent interreliés et qui pourraient faire l'objet de stratégies de promotion du poids santé. Ainsi, les résultats d'une étude contrôlée et randomisée révèlent que les programmes d'études visant à réduire le temps passé à regarder la télévision à la maison étaient associés à une diminution de l'IMC, de l'épaisseur du pli cutané du triceps et du tour de taille chez les élèves de troisième et de quatrième année¹⁵⁴. Il semble justifié de multiplier les recherches dans ce secteur.

Ce que nous ignorons

- Nous ignorons l'incidence sur le poids des enfants de la réglementation visant à limiter la publicité s'adressant aux enfants.
- La définition et la composition traditionnelles de la famille sont en train de se transformer. Nous ignorons en quoi les nouvelles structures familiales sont associées au milieu de vie et à l'obésité.
- Nous ne connaissons pas le lien entre le nombre de postes de télévision et d'ordinateurs par ménage et le surpoids et l'obésité chez les enfants, les jeunes et les adultes.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Quarante-sept pour cent (47 %) des adultes canadiens croient que le problème de l'obésité est plus grave chez les enfants; 28 % des adultes canadiens croient qu'il est plus grave chez les adultes et 22 % croient que l'obésité est un problème, tant chez les enfants que chez les adultes.

Cinquante-quatre pour cent (54 %) des adultes croient que la disponibilité d'aliments nutritifs est un facteur qui joue un rôle très important dans la prévention de l'obésité.

L'environnement nutritionnel

Ce que nous savons

- Comparativement à la moyenne canadienne (15 %), les personnes qui vivent dans les territoires présentent un risque plus élevé d'insécurité alimentaire¹⁶⁵. Les mères monoparentales et les Autochtones présentent de fortes probabilités de connaître l'insécurité alimentaire (comparativement aux autres types de ménages et aux personnes n'ayant pas le statut d'Autochtone)¹⁶⁶.
- Les Canadiens qui vivent dans des ménages à faible revenu dépensent moins d'argent pour acheter des aliments et achètent un moins grand nombre de portions de fruits et légumes et de produits laitiers que les Canadiens qui ont un revenu plus élevé¹⁷⁶.
- Certaines études menées aux États-Unis font état d'un lien positif entre les taux d'obésité d'un État donné et le nombre de résidents par restaurant-minute dans le même État¹⁷⁸.
- En 2004, les hommes canadiens vivant dans des ménages à revenu moyen-inférieur étaient moins susceptibles d'être obèses que les hommes des ménages au revenu le plus élevé². En revanche, comparativement aux femmes vivant dans les ménages au revenu le plus élevé, les femmes vivant dans des ménages à revenu moyen et moyen-supérieur présentaient des taux d'obésité extrêmement élevés².

Ce que nous ignorons

- À l'heure actuelle, on ne dispose d'aucune donnée à jour au niveau de la population concernant la proportion de Canadiens qui sont obèses et qui connaissent l'insécurité alimentaire. Nous ignorons donc l'ampleur et l'incidence actuelles de l'insécurité alimentaire sur les problèmes de poids (autant le poids insuffisant que le surpoids) des Canadiens.
- On ne dispose pas d'information au niveau de la population concernant le coût des aliments riches en énergie et des aliments sains au Canada, ni sur leur lien avec le surpoids et l'obésité.
- Nous ne sommes pas en mesure de tirer des conclusions sur la relation entre les restaurants-minute et l'obésité chez les Canadiens.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Soixante-dix-huit pour cent (78 %) des adultes appuient fortement toute nouvelle initiative qui permettra d'assurer aux gens l'accès à des aliments à prix raisonnable.

Soixante-huit pour cent (68 %) des adultes canadiens appuient fortement l'idée de demander aux propriétaires de restaurants-minute de fournir l'information nutritionnelle de chaque produit qu'ils vendent.

Vingt-quatre pour cent (24 %) des adultes canadiens appuient fortement de l'imposition d'une taxe plus élevée aux aliments qui ne favorisent pas une bonne santé.

Les services personnels de santé

Ce que nous savons

- Au cours des 10 dernières années, le nombre d'interventions individuelles spécialisées, comme les chirurgies bariatriques, est demeuré relativement stable au Canada^{188,218}. Des interventions spécialisées comme celles-là ne sont pas offertes ou ne conviennent pas à l'ensemble de la population.
- La recherche indique que certains professionnels de la santé partagent les stéréotypes associés aux personnes obèses (les personnes obèses sont paresseuses ou inutiles) et que, par conséquent, ils manifestent des attitudes négatives à l'égard des personnes obèses³⁹.
- Entre 1987 et 1999, les hospitalisations pour des troubles de l'alimentation ont augmenté de 29 % chez les personnes de 15 à 24 ans¹⁹⁴. La promotion de la minceur véhiculée par la société, tout comme les facteurs biologiques et individuels, peuvent constituer des facteurs de risques à l'apparition de divers troubles de l'alimentation¹⁹⁴.

Ce que nous ignorons

- La recherche actuelle fait état d'un lien entre l'obésité et la dépression¹⁹¹. Toutefois, on ne comprend pas bien si les personnes obèses sont plus susceptibles d'être dépressives ou si les personnes dépressives sont plus susceptibles d'être obèses.
- Différents examens systématiques et essais randomisés indiquent que certains programmes commerciaux de perte de poids peuvent être efficaces à long terme¹⁹⁶⁻¹⁹⁸. Par ailleurs, nous ne connaissons pas les répercussions à long terme sur la santé mentale des personnes, des programmes qui se sont avérés inefficaces.

Que pense la population canadienne des options en matière de promotion du poids santé?

Données recueillies grâce au sondage d'opinion réalisé par l'ISPC

Les adultes canadiens croient que, pour avoir une bonne santé, l'exercice physique, l'alimentation saine et le régime alimentaire sont les trois facteurs les plus importants. Les adultes canadiens croient que la malbouffe, le tabagisme et le manque d'activités physiques sont les facteurs qui contribuent le plus à une mauvaise santé.

Seize pour cent (16 %) des adultes canadiens estiment que la constitution génétique d'une personne est un facteur qui joue un rôle très important dans la prévention de l'obésité.



10



Conclusions

Comme il a été question tout au long du présent rapport, la prévention et le traitement de l'obésité sont des questions très complexes qui font intervenir plusieurs milieux de vie. De plus, les facteurs qui ont un effet sur l'obésité sont interreliés et s'inscrivent dans le cadre plus vaste des déterminants de la santé. La question de la promotion du poids santé a retenu l'attention de plus d'un tandis qu'elle était intégrée à la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains, une initiative dont le but à long terme est d'améliorer les résultats de santé des Canadiens et de réduire, dans l'ensemble du pays, les disparités sur le plan de la santé^{201, 202}. Mise en place en 2002, la stratégie vise à accroître le nombre de Canadiens qui adoptent une alimentation saine, qui pratiquent des activités physiques régulières et qui ont un poids santé²¹⁹. La stratégie est axée sur la population et ciblera tous les Canadiens, tout en accordant une importance particulière aux enfants et aux jeunes, aux Autochtones et à d'autres groupes vulnérables.

Outre la stratégie que nous venons d'aborder, plusieurs programmes et politiques ont été mis en place au Canada pour promouvoir une alimentation saine et une vie active. Un grand nombre d'interventions semblent être efficaces pour aider les gens à adopter une alimentation saine et augmenter le niveau d'activité physique, et dans certains cas,

pour réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité. D'autres interventions, qui ont recours à plusieurs stratégies ou qui ciblent plusieurs auditoires, comme les programmes de santé coordonnés en milieu scolaire, semblent, dans bien des cas, efficaces elles aussi.

Les interventions ne sont toutefois pas toujours efficaces. Certaines d'entre elles ne donnent pas de résultats probants ou donnent parfois des résultats négatifs, et ce, pour plusieurs raisons : des méthodes peu efficaces (p. ex. les biais d'échantillonnage ou les limites de conception) ou des facteurs contextuels (p. ex. le climat politique ou la publicité).

Aussi faut-il éviter de sous-estimer l'importance des évaluations. Elles permettent d'associer les bonnes interventions aux bons groupes cibles selon les contextes.

Pour le moment, on a publié trop peu d'évaluations des programmes qui visent l'adoption de nouvelles habitudes de vie saines et qui font la promotion du poids santé. On constate donc que, même si on a mis sur pied d'innombrables initiatives qui visent la promotion du poids santé, il reste encore plusieurs possibilités de recherche et d'évaluation qui nous aideront à faire le point sur l'état actuel de nos connaissances en matière de promotion du poids santé.

En définitive, le présent rapport nous révèle qu'il existe de nombreuses possibilités d'intervention au niveau de la population — qui cibleront le milieu dans lequel nous vivons, nous apprenons, nous travaillons et nous nous divertissons — pour promouvoir le poids santé et pour aider les Canadiens dans leur démarche vers la réalisation et le maintien du poids santé.

Éléments de réflexion

Que fait-on pour promouvoir le poids santé?

Un grand nombre d'initiatives qui font la promotion du poids santé sont présentement en cours partout au Canada et dans différentes régions du monde. Par exemple l'ICIS a financé et mandaté bon nombre de projets de recherche sur le poids santé.

- Jeunesse vulnérable : Une étude de l'obésité, de la mauvaise santé mentale et des comportements à risque chez les adolescents au Canada (Doug Willms, chercheur principal)
- Aller de l'avant en étudiant le passé : une nouvelle approche pour établir des lignes directrices d'activités physiques pour les enfants (Mark Tremblay, chercheur principal)
- Comparaisons internationales de la santé des enfants (Shelly Phipps, chercheuse principale)
- Une base de données sur le déroulement d'une vie dans toute une province concernant le développement et la santé de l'enfant (Paul Veugelers, chercheur principal)
- Examen de l'état des preuves sur la santé en milieu urbain et le poids santé (Kim Raine, John Spence, John Church, Normand Boulé, Linda Slater, Karyn Gibbons, Josh Marko, chercheurs)
- Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population (rédigé par Kim Raine)
- *Socio-Demographic and Lifestyle Correlates of Obesity Technical Report* (rédigé par Cora Lynn Craig, Christine Cameron et Adrian Bauman)
- *Programmes et stratégies qui appuient l'atteinte du poids santé au Canada : inventaire* (rédigé par le Réseau atlantique pour la promotion de la santé)
- *Améliorer la santé des Canadiens 2004 – chapitre sur l'obésité* (préparé par l'ISPC)

Pour en savoir plus

Le premier rapport vedette de l'Initiative sur la santé de la population canadienne s'intitulait *Améliorer la santé des Canadiens 2004*⁴¹. Ce rapport se divisait en quatre chapitres : Le revenu, Le développement de la jeune enfance, La santé des Autochtones et L'obésité. Il présentait et faisait la synthèse des preuves scientifiques concernant les facteurs qui ont une influence sur la santé des Canadiens, des façons d'améliorer la santé et des répercussions que pourraient avoir les options possibles en matière de politiques et de programmes. Il présentait également les principales lacunes en matière d'information et les plus récentes initiatives.

Après la publication du rapport *Améliorer la santé des Canadiens 2004*, on a décidé de produire et de diffuser un deuxième rapport, *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006*, et de l'intégrer à une série de rapports qui présenterait les trois thèmes stratégiques actuels de l'ISPC : *Transitions saines vers l'âge adulte* (publié en octobre 2005), *Poids santé* et *Le lieu et la santé* (dont la publication est prévue pour l'automne 2006). La série, qui mise sur les précédents rapports, examine ce que nous savons des facteurs qui ont un effet sur la santé des Canadiens, les façons d'améliorer notre santé et les options à envisager en matière de politiques fondées sur la recherche. Ce qui distingue le deuxième rapport, c'est son approche fondée sur la santé de la population de même que l'accent qu'il met sur le rôle que jouent différents environnements et milieux (milieu physique et communautaire, milieu de travail, école, milieu de vie et milieu familial, environnement nutritionnel et services personnels de santé) dans la promotion ou non du poids santé chez les Canadiens.

Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé est disponible dans les deux langues officielles, sur le site Web de l'ICIS, à l'adresse www.icis.ca/ispc. Pour commander des exemplaires supplémentaires du rapport, prière de communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé

Bureau des commandes

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : (613) 241-7860

Télec. : (613) 241-8120

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport et de toute idée qui pourrait nous aider à améliorer les prochains rapports, et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Pour ce faire, nous vous demandons de remplir la feuille de rétroaction (À vous la parole!), qui se trouve à la fin du rapport. Vous pouvez aussi nous faire parvenir vos commentaires par courriel, à ispc@icis.ca.

Ressources Internet

La version papier du présent rapport ne propose qu'une infime partie de tout ce que vous pouvez trouver sur notre site Web (www.icis.ca/ispc). Pour obtenir des renseignements supplémentaires et la liste complète de tous les rapports, bulletins et produits publiés par l'ISPC, nous vous invitons à visiter notre site Web et à :

- Télécharger une présentation décrivant les faits saillants du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé*;
- Recevoir des mises à jour et de l'information, en vous abonnant au bulletin électronique *La santé de la nation*;
- Consulter les publications à venir, notamment un rapport de la série *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006* sur le lieu et la santé;
- Vous tenir au courant des activités à venir de l'ISPC;
- Télécharger des copies des autres rapports publiés par l'ISPC.

Autres rapports publiés par l'ISPC	Nom du rapport	Auteur et date de publication
		Transitions saines vers l'âge adulte
	• <i>Améliorer la santé des jeunes Canadiens</i>	ISPC (octobre 2005)
	• <i>S'entendre sur le fond : Combler le fossé entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques</i>	ISPC (septembre 2004)
	• <i>Compte rendu de l'atelier de travail régional des provinces de l'Atlantique de l'ISPC (Fredericton)</i>	ISPC (juillet 2003)
	Lieu et santé	
	• <i>Kachimaa Mawiin — Certitudes possibles : Faire une place au lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé</i>	ISPC (octobre 2005)
	• <i>Élaboration d'un indice de la santé des collectivités</i>	Recueil d'articles (février 2005)
	• <i>Le logement et la santé de la population</i>	Brent Moloughney (juin 2004)
	• <i>Atelier de travail régional des provinces des Prairies sur les déterminants des collectivités en santé</i>	ISPC (août 2003)
	• <i>Rapport de synthèse de l'atelier de travail de l'ISPC sur le lieu et la santé (Banff)</i>	ISPC (juin 2003)
	Poids santé	
	• <i>Corrélatés de modes de vie et socio-démographiques de l'obésité — Technical Report on the Secondary Analyses using the 2000-2001 Canadian Community Health Survey</i>	Cora L. Craig, Christine Cameron et Adrian Bauman (août 2005)
	• <i>Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population</i>	Kim D. Raine (août 2004)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur l'obésité</i>	ISPC (février 2004)
	• <i>L'obésité au Canada : Identifier les priorités politiques</i>	ISPC et IRSC (juin 2003)
	Développement de la jeune enfance	
	• <i>Développement de la jeune enfance à Vancouver : Rapport du Community Asset Mapping Project (CAMP)</i>	Clyde Hertzman, et coll. (mars 2004)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre Développement de la jeune enfance</i>	ISPC (février 2004)

suite

Autres
rapports
publiés par
l'ISPC

Nom du rapport	Auteur et date de publication
Revenu	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population?</i> 	Nancy Ross (décembre 2004)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur le revenu</i> 	ISPC (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé</i> 	ISPC, Shelley Phipps et David R. Ross (septembre 2003)
Santé des Autochtones	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur la santé des Autochtones</i> 	ISPC (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesurer le capital social : Un guide pour les collectivités des Premières Nations</i> 	Javier Mignone (décembre 2003)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Directions initiales : Procès-verbal d'une réunion sur la santé des Autochtones</i> 	ISPC (juin 2003)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les collectivités autochtones en milieu urbain : Procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain</i> 	ISPC (mars 2003)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Élargir les optiques d'analyse : procès-verbal d'une table ronde sur la santé des Autochtones</i> 	ISPC (janvier 2003)
Questions et outils à facettes multiples	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé</i> 	ISPC (février 2005)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : chapitres supplémentaires</i> 	ISPC et Santé Canada (octobre 2004)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le chemin à parcourir : Rapport d'étape : Deux ans plus tard : Bilan?</i> 	ISPC et IRSC (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i> 	ISPC et Santé Canada (octobre 2003)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les obstacles à l'accès et à l'analyse de l'information sur la santé au Canada</i> 	George Kephart (novembre 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outils d'échange des connaissances : Exploration des pratiques exemplaires dans la recherche en politiques</i> 	ISPC (octobre 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique des populations</i> 	ISPC et IRSC (mai 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La santé de la nation — bulletin électronique</i> 	ISPC (trimestriel)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Réunion de Partenariat : Rapport de l'ISPC</i> 	ISPC (mars 2002)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Analyse de la conjoncture des stratégies de transfert de la recherche</i> 	ISPC (février 2001)

Annexe A — La mesure du surpoids et de l'obésité

Adultes

Les lignes directrices utilisées au Canada pour la classification du poids chez les adultes⁵⁶ sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m ²)
Poids insuffisant	< 18,5
Poids normal	18,5-24,9
Excès de poids	25,0-29,9
Obésité	
• Classe I	30,0-34,9
• Classe II	35,0-39,9
• Classe III	≥ 40,0

Le terme « excès de poids » s'applique aux personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situe entre 25,0 et 29,9. Le terme « obésité » s'applique aux personnes ayant un IMC de 30 et plus⁵⁶. On utilise l'IMC pour déterminer les risques pour la santé reliés au poids chez les personnes de 18 ans et plus. Santé Canada précise que, dans le cas des personnes de 65 ans et plus, « l'intervalle normal de l'IMC peut s'étendre à partir d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle de l'excès de poids »⁵⁶ (p. 10). On calcule l'IMC en divisant le poids en kilogrammes d'une personne par sa taille en mètres au carré⁵⁶.

Jeunes et enfants

Il existe de nombreux points de vue concernant l'utilisation de l'IMC pour mesurer le surpoids et l'obésité chez les enfants et les jeunes. En 2000, les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis au point une série de diagrammes représentant l'IMC en fonction de l'âge, qui peuvent être utilisés pour surveiller l'IMC chez les enfants de 2 ans et plus²⁰³. Les CDC recommandent de se servir des centiles ci-dessous comme limite d'inclusion pour classer par catégories les poids corporels anormaux des jeunes et des enfants²⁰³ :

Classification	Catégorie/centile d'IMC
Surpoids	IMC en fonction de l'âge ≥ 95 ^e centile
Risque de surpoids	85 ^e centile ≤ IMC en fonction de l'âge < 95 ^e centile
Poids insuffisant	IMC en fonction de l'âge < 5 ^e centile

Dans leur définition, les CDC utilisent le terme « surpoids » plutôt que le terme « obésité » afin d'éviter les possibles connotations négatives associées à ce dernier²⁰⁴. Bien qu'elle soit souvent utilisée dans les analyses portant sur les jeunes et les enfants, cette définition n'a toujours pas été acceptée officiellement à l'échelle internationale^{204, 205}.

Deux études ont constaté les limites que pose l'utilisation des courbes de croissance des CDC pour définir le surpoids et l'obésité chez les enfants. Des études qui utilisaient des données représentatives sur le plan national provenant des années 1981, 1988 et 1996 ont permis d'observer une augmentation progressive de l'IMC chez les enfants canadiens au fil du temps²⁰⁶. Ces observations révèlent que le recours au 85^e et au 95^e centile ne permet pas de saisir adéquatement la prévalence, à l'échelle nationale, du surpoids et de l'obésité chez les jeunes et les enfants et, par le fait même, complique l'évaluation des modifications à long terme au sein de la population^{206, 207}.

Cole et ses collaborateurs²⁰⁵ ont également constaté d'autres limites que posent les courbes de croissance des CDC, en particulier en ce qui a trait à leur utilisation pour établir des comparaisons internationales. En se servant des centiles propres aux séries de données et en les reliant aux limites d'inclusion associés aux adultes, Cole et ses collaborateurs²⁰⁵ ont établi des limites d'inclusion liées à l'âge et au sexe pour les enfants ayant un surpoids et les enfants obèses âgés de 2 à 18 ans, au moyen de données sur l'IMC provenant de six vastes études transversales sur la croissance représentatives sur le plan national. Ce faisant, les auteurs ont mis au point une mesure moins arbitraire du surpoids et de l'obésité chez les enfants, qu'ils recommandent d'utiliser pour faire des comparaisons internationales chez les enfants²⁰⁵.

Les plus récentes analyses portant sur le surpoids et l'obésité chez les enfants et les jeunes effectuées par Statistique Canada, qui fournissent des données sur la grandeur et le poids (dont les résultats sont présentés tout au long du présent rapport), ont utilisé les critères internationaux élaborés par Cole et ses collaborateurs^{1, 205}. Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire recommandent eux aussi d'utiliser ces limites d'inclusion pour comparer les données canadiennes sur l'IMC chez les enfants avec celles d'autres pays²⁰⁴.

Sur le plan individuel, l'IMC, ne tenant pas compte de la masse musculaire maigre par rapport au tissu adipeux ou à la répartition du tissu adipeux dans le corps, pose des limites qui peuvent varier en fonction de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique^{208, 209}. Il ne peut donc être considéré comme une mesure précise chez les personnes qui ont une forte musculature, chez les jeunes qui n'ont pas terminé leur croissance et chez les personnes âgées¹⁰⁶. En revanche, au niveau de la population, l'IMC est un bon indicateur du tissu adipeux³ et constitue une norme qui permet de faire des comparaisons entre les provinces et territoires, à l'intérieur de chacun d'eux, et au fil du temps.

Tour de taille et rapport taille/hanche

L'IMC n'est pas la seule mesure du surpoids et de l'obésité; le tour de taille en est une autre. À la différence de l'IMC, le tour de taille sert de mesure de la masse adipeuse dans la région abdominale et d'indicateur des risques pour la santé associés à l'obésité abdominale²¹⁰. Les hommes et les femmes dont le tour de taille dépasse 102 centimètres (40 pouces) et 88 centimètres (35 pouces), respectivement, présentent un risque élevé de développer des problèmes de santé comme le diabète de type 2, la coronaropathie et l'hypertension⁵⁶. Dernièrement, une nouvelle recherche canadienne à laquelle ont participé 27 000 personnes de 52 pays différents s'en tenait à la valeur du rapport taille/hanche en tant que mesure de l'obésité. Selon cette étude, si on utilisait le rapport taille/hanche pour évaluer le risque, la proportion de la population prédisposée à une crise cardiaque passerait de 8 % à 24 %, par comparaison avec les seuils normalisés d'IMC²¹¹.

Annexe B — Méthodologie

Sources de données

Le présent rapport avait pour objet principal le poids santé, tel qu'il s'exprime dans une large fourchette d'âges. Les renseignements utilisés provenaient de divers sondages de Statistique Canada, parmi lesquelles :

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, Cycle 2.2, 2004), Nutrition;
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, Cycle 2.1, 2003);
- Recensement de 2001;
- Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, Cycle 4, 2000-2001); et
- Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, Cycle 5, 2002-2003).

On présente, dans le rapport, de nouvelles analyses fusionnant des IMC autodéclarés tirés de l'ESCC (Cycle 2.1, 2003) avec les données extraites du Recensement du Canada de 2001. On présente également de nouvelles analyses du Cycle 4 (2000-2001) et du Cycle 5 (2002-2003) de l'ELNEJ. En plus, ce rapport présente les résultats du sondage d'opinion sur le poids santé réalisé par l'ISPC. Les programmes et les politiques dont il est question dans le rapport ont été recensés à la suite d'une recherche avancée dans les revues dotées d'un comité de lecture et les bases de données en ligne pertinentes, de même que dans les sites Web gouvernementaux et non gouvernementaux; cette recherche minutieuse avait pour but de repérer les principaux documents constituant la littérature grise sur le sujet (c'est-à-dire les documents publiés par le gouvernement, le milieu universitaire et l'industrie, en format papier ou électronique, tels journaux, rapports et comptes rendus de conférences).

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'ESCC fournit des données sur l'état de santé des Canadiens, les déterminants de la santé et l'utilisation des soins de santé au Canada. L'ESCC est une enquête démographique semestrielle

menée pour la première fois en 2000-2001 à la grandeur du Canada. Elle recueille les réponses données par les membres de la population âgés de 12 ans et plus qui occupent des logements privés, à l'exception des personnes qui habitent dans les réserves indiennes ou sur les terres de la Couronne, des personnes placées en établissement, des membres à temps plein des Forces canadiennes et des habitants de certaines régions éloignées. Elle couvre, par conséquent, environ 98 % de la population du Canada de 12 ans et plus. Des détails supplémentaires sur l'ESCC se trouvent à l'adresse URL suivante : http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cc_hsinfo_f.htm. Les données produites par l'ESCC et utilisées dans le présent rapport ont été obtenues à l'aide du Système canadien d'information socio-économique (CANSIM) et au moyen de tableaux croisés personnalisés.

Indice de masse corporelle (IMC). L'ESCC (Cycle 1.1, 2000-2001 et Cycle 2.1, 2003) a recueilli des données autodéclarées sur la grandeur et le poids des personnes de 12 ans et plus. L'ESCC (Cycle 2.2, 2004) a recueilli les données mesurées sur la grandeur et le poids des personnes âgées de 2 ans et plus. On calcule l'IMC en divisant le poids corporel du répondant (en kilogrammes) par sa taille (en mètres) élevée au carré. Les catégories relatives au surpoids et à l'obésité chez les enfants et les jeunes ont été élaborées à l'aide des critères de l'International Obesity Task Force; dans le cas des adultes, celles-ci ont été définies à l'aide des lignes directrices utilisées actuellement au Canada (voir l'annexe A).

Catégories de réponses :

- poids insuffisant
- poids normal
- excès de poids
- obésité

Groupes d'âge étudiés :

- personnes âgées de 2 à 17 ans (enfants et jeunes)
- personnes âgées de 18 ans et plus (adultes)

Consommation de fruits et de légumes. Variable dérivée (ESCC, Cycle 2.2, 2004) basée sur les réponses données à plusieurs questions portant sur la fréquence (nombre de fois par jour) de la consommation de différents types de fruits, de jus et de légumes, notamment : « À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruit, p. ex., des jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate? », « À quelle fréquence consommez-vous habituellement des fruits, exception faite des jus? », « À quelle fréquence consommez-vous habituellement de la laitue? », « À quelle fréquence consommez-vous habituellement des pommes de terre, exception faite des frites, des pommes de terre rissolées ou des chips? », « À quelle fréquence consommez-vous habituellement des carottes? », « Exception faite des carottes, des pommes de terre ou de la laitue, combien de portions de légumes consommez-vous habituellement? ».

Catégories de réponses :

- moins de cinq fois par jour
- cinq fois par jour et plus
- non déclaré

Groupes d'âge étudiés :

- personnes âgées de 2 à 17 ans (enfants et jeunes)
- Personnes âgées de 18 ans et plus (adultes)

Indice d'activité physique. Variable dérivée (ESCC, Cycle 2.2, 2004) des catégories d'adultes qui regroupe les participants en fonction des valeurs moyennes de la dépense énergétique (kcal/kg/jour) quotidienne pendant les loisirs. Le niveau d'activité physique est calculé à partir des réponses aux questions relatives à la fréquence et à la durée des activités physiques liées au loisir et pratiquées au cours des trois mois précédant l'enquête, et à partir du coût en énergie métabolique associée à chaque activité.

Catégories de réponses :

- actif
- modérément actif
- inactif
- non déclaré

Groupes d'âge étudiés :

- personnes âgées de 2 à 17 ans (enfants et jeunes)
- personnes âgées de 18 ans et plus (adultes)

Revenu du ménage. Variable dérivée (ESCC, Cycle 2.1, 2003 et Cycle 2.2, 2004) basée sur le revenu total du ménage et sur le nombre de personnes vivant dans le ménage.

Catégories de réponses :

- quintile de revenu inférieur
- quintile de revenu moyen-inférieur
- quintile de revenu moyen
- quintile de revenu moyen-supérieur
- quintile de revenu supérieur
- ne s'applique pas
- ne sait pas
- refus/non déclaré

Groupes d'âge étudiés : personnes âgées de 18 ans et plus (adultes)

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est une étude à long terme qui suit les enfants canadiens de la naissance au début de l'âge adulte. Le premier cycle de l'enquête s'est terminé à l'automne 1994. Il examinait une cohorte provenant d'une population ciblée de 25 000 enfants canadiens de 0 à 11 ans recensés tous les deux ans depuis le début de l'enquête. L'information demandée est fournie par les parents, les enfants eux-mêmes (enfants de plus de 10 ou 11 ans), les enseignants et les directeurs d'école. Sont exclus de l'échantillon les enfants et les jeunes qui habitent dans les réserves indiennes ou sur les terres de la Couronne, les personnes placées en établissement et les personnes qui vivent dans les territoires. Des détails supplémentaires sur l'ELNEJ se trouvent à l'adresse URL suivante : <http://www.statcan.ca/french/sdds/4450.htm>.

Les données sur les jeunes de 12 à 17 ans (Cycle 4, 2000-2001, N = 5 580, représentant 2 451 613 jeunes du même groupe d'âge au Canada) ont été analysées par accès éloigné aux données. Les données sur les jeunes de 8 à 17 ans (Cycle 5, 2002-2003) ont été examinées par totalisation spéciale.

Valorisation parentale. Note transformée basée sur les points suivants : Mes parents... me sourient; me font des compliments; me font sentir aimé; parlent des choses que je réussis bien; semblent fiers de ce que je fais; écoutent mes idées

et mes opinions; m'aident à résoudre un problème que je vis même si nous ne sommes pas d'accord.

Catégories de réponses :

- jamais
- rarement
- quelquefois
- souvent
- toujours
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 15 ans

Intervalle de résultats (0 à 28) :

- moyen-faible (0 à 20)
- élevé (21 à 28)

Un résultat élevé indique un niveau élevé de valorisation parentale.

Surveillance exercée par les parents. Note transformée basée sur les points suivants : Mes parents... veulent savoir exactement où je me trouve et ce que je fais; me disent à quelle heure je dois rentrer à la maison lorsque je sors; me laissent sortir tous les soirs si je le veux; s'intéressent aux endroits et aux personnes que je fréquente; veulent connaître mes écarts de conduite.

Catégories de réponses :

- jamais
- rarement
- quelquefois
- souvent
- toujours
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 15 ans

Intervalle de résultats (0 à 20) :

- moyen-faible (0 à 14)
- élevé (15 à 20)

Un résultat élevé indique un niveau élevé de surveillance exercée par les parents.

Participation scolaire. Variable composée, transformée par l'ISPC, basée sur le degré d'importance que les jeunes accordent à l'école en ce qui a trait aux points suivants : avoir de bons résultats scolaires; se faire des amis; participation aux activités parascolaires; arriver à temps à l'école; donner son opinion en classe; participer au conseil étudiant ou se joindre à des groupes semblables.

Catégories de réponses :

- très important
- plutôt important
- pas très important
- pas important du tout
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 15 ans

Intervalle de résultats (0 à 21) :

- moyen-faible (0 à 13)
- élevé (14 à 21)

Un résultat élevé indique un niveau élevé de participation scolaire.

Engagement communautaire (bénévolat).

Variable composée, transformée par l'ISPC, basée sur les jeunes qui ont indiqué avoir participé, au cours des 12 mois précédents, à l'une ou à plusieurs des activités non rémunérées suivantes : défense d'une cause (banque d'alimentation, groupe écologique); collecte de fonds (organisme de bienfaisance, voyage scolaire); aider la collectivité (bénévolat à l'hôpital, travail dans un organisme communautaire); aider les voisins ou les membres de la famille (tondre le gazon, garder les enfants, pelleter la neige chez un voisin); toute autre activité bénévole organisée.

Catégories de réponses :

- oui
- non
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 17 ans

Résultat nominal :

- bénévole
- non-bénévole

Relations avec d'autres jeunes. Note transformée basée sur les points suivants (note « Amis ») : J'ai beaucoup d'amis; Je m'entends bien avec les gens de mon âge; les gens de mon âge me veulent comme ami; la plupart des gens de mon âge m'aiment bien.

Catégories de réponses :

- faux
- plutôt faux
- parfois vrai/parfois faux
- plutôt vrai
- vrai
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 17 ans

Intervalle de résultats (0 à 16) :

- moyen-faible (0 à 11)
- élevé (12 à 16)

Un résultat élevé indique un niveau élevé de relations avec d'autres jeunes.

Image physique positive. Variable basée sur la réponse donnée par les répondants à la question : « J'aime mon apparence ».

Catégories de réponses :

- faux
- plutôt faux
- parfois vrai/parfois faux
- plutôt vrai
- vrai
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 17 ans

Résultat nominal :

- plutôt vrai ou vrai
- plutôt faux, faux ou parfois faux/parfois vrai

Maintien du poids. Variable basée sur la réponse donnée par les répondants à la question : « Que tentez-vous de faire par rapport à votre poids? (Choisir un énoncé parmi les suivants) ».

Catégories de réponses :

- perdre du poids
- prendre du poids
- maintenir mon poids
- je ne fais rien pour modifier mon poids
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 17 ans

Résultat nominal :

- perdre du poids
- prendre du poids ou maintenir mon poids
- je ne fais rien pour modifier mon poids

Participation à des sports libres. Variable basée sur la réponse donnée par les répondants à la question : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités sportives ou des activités physiques non encadrées par un entraîneur ou un instructeur (bicyclette, patinage sur planche à roulettes, etc.)? »

Catégories de réponses :

- jamais
- moins d'une fois par semaine
- une à trois fois par semaine
- quatre fois par semaine et plus
- refus/non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 12 à 15 ans

Résultat nominal :

- quatre fois par semaine et plus
- moins de quatre fois par semaine

Indice de masse corporelle (IMC). Dans le cas des enfants (de 2 à 11 ans), variable dérivée basée sur la déclaration des parents concernant la grandeur (en mètres et en centimètres, sans chaussures) et le poids (en kilogrammes et en grammes) de leur enfant. Dans le cas des jeunes (de 12 à 17 ans), variable dérivée basée sur la grandeur et le poids autodéclarés.

Catégories de réponses :

- grandeur
- poids
- ne s'applique pas
- ne sait pas
- refus de répondre
- non déclaré

Groupe d'âge étudié : jeunes de 8 à 17 ans

On a procédé à des analyses des données sur l'IMC autodéclaré tirées du Cycle 4 et du Cycle 5 de l'ELNEJ. Les données sur l'IMC tirées du Cycle 4 ont servi à constituer les tableaux croisés avec la valorisation parentale, la surveillance exercée par les parents, la participation scolaire, l'engagement communautaire et les relations avec d'autres jeunes. Les données sur l'IMC tirées du Cycle 4 ont-elles aussi servi à constituer les tableaux croisés avec les réponses données par les jeunes aux questions portant sur le maintien du poids et l'apparence physique. Par ailleurs, le rapport présente les analyses externes des données autodéclarées sur le surpoids tirées du Cycle 5.

Recensement de 2001

L'IMC autodéclaré (ESCC, Cycle 2.1, 2003) a été fusionné avec les trois dimensions suivantes tirées du Recensement de 2001 (personnes de 18 à 64 ans, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel, qui ont travaillé à un moment quelconque depuis le 1^{er} janvier 2000, et qui ont indiqué qu'elles avaient un lieu habituel de travail) :

Dimension 1 : Aire de diffusion

Se rapporte à une petite unité géographique formée d'un ou de plusieurs îlots dont la population se situe entre 400 et 700 habitants.

Dimension 2 : Mode de transport

Se rapporte au moyen de transport principal utilisé pour se déplacer entre la résidence et le lieu de travail. Il s'agit de :

- passager ou conducteur d'un véhicule motorisé (automobile, camion, camionnette, motocyclette, taxi)
- transport en commun
- transport actif (se rend au travail à pied et à vélo)
- se rend au travail à pied
- bicyclette

Dimension 3 : Population urbaine/rurale selon la région métropolitaine de recensement (RMR) et l'agglomération de recensement (AR)

- **Noyau urbain.** « Grande région urbaine autour de laquelle sont définies les limites d'une RMR ou d'une AR. La population du noyau urbain (d'après les chiffres du recensement précédent) doit s'élever à au moins 100 000 habitants dans le cas d'une RMR ou se situer entre 10 000 et 99 999 habitants dans le cas d'une AR »⁵⁷ (p. 284).
- **Banlieue urbaine.** « Petites régions urbaines (ayant une population de moins de 10 000 habitants) à l'intérieur d'une RMR ou d'une AR, qui ne sont pas contiguës au noyau urbain de la RMR ou de l'AR »⁵⁷(p. 284).
- **Noyau urbain secondaire.** « Noyau urbain d'une AR qui a été fusionnée à une RMR adjacente ou à une plus grande AR »⁵⁷ (p. 284).
- **Banlieue rurale.** « Territoire au sein d'une RMR ou d'une AR qui n'est pas considéré comme le noyau urbain ni comme la banlieue urbaine »⁵⁷ (p. 284).
- **RMR/AR.** « Région formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'une grande région urbaine (appelée noyau urbain). Un noyau urbain doit compter au moins 10 000 habitants pour former une AR et au moins 100 000 habitants pour former une RMR. Pour être incluses dans une RMR ou une AR, les autres municipalités adjacentes doivent avoir un degré d'intégration élevé avec la région urbaine centrale, lequel est déterminé par le pourcentage de navetteurs établi d'après les données du recensement sur le lieu de travail »⁵⁷ (p. 236).

Analyses statistiques

On a eu recours à des analyses descriptives pour estimer la prévalence des différents indicateurs sur la santé utilisés dans l'ESCC. Statistique Canada a utilisé des techniques d'initialisation pour effectuer l'analyse des variables présentées dans la totalisation spéciale.

Pour ce qui est de l'ELNEJ, des analyses descriptives ont été utilisées pour estimer la proportion de jeunes de 12 à 17 ans qui ont répondu aux questions portant sur l'image physique positive, le maintien du poids et la participation à des activités sportives libres, en plus des tableaux croisés qui ont été utilisés avec l'indice de masse corporelle et cinq aspects positifs (valorisation parentale, surveillance exercée par les parents, relations avec d'autres jeunes, participation scolaire et engagement communautaire). La méthode des poids bootstrap pour calculer l'estimation de la variance a servi à mesurer la complexité de l'ELNEJ (c'est-à-dire, plan d'échantillonnage complexe, compensation de la non-réponse et stratification a posteriori). Aux fins du présent rapport, en raison de la taille réduite des échantillons relatifs à la catégorie « faible » (présentant, par le fait même, une extrême variabilité), les catégories « moyenne » et « faible » ont été combinées. Les poids transversaux ont été utilisés au Cycle 4 de l'ELNEJ. Seules les personnes qui ont répondu aux questions pertinentes ont fait l'objet des analyses. Dans le cas des analyses effectuées à l'aide du Cycle 5 de l'ELNEJ, les poids transversaux déterminés par le plan d'échantillonnage de l'année 2002 n'étaient pas disponibles. C'est pourquoi les estimations ont fait appel aux poids transversaux de l'année 2000 au niveau individuel. Des ajustements ont par la suite été apportés au biais entraîné par l'attrition de l'échantillon de 2000 à 2002.

Les analyses du présent rapport ont été examinées en fonction des lignes directrices de Statistique Canada relatives au niveau de qualité :

Niveau de qualité	Exigences
Acceptable	n est égal ou supérieur à 30 et le coefficient de variation se situe entre 0 et 16,5 %
Négligeable	n est égal ou supérieur à 30 et le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 % <small>Avertissement : Niveau d'erreur élevé associé à l'estimation</small>
Inacceptable	n est inférieur à 30 ou le coefficient de variation est supérieur à 33,3 % <small>L'estimation ne doit pas être publiée.</small>

Sondage d'opinion réalisé par l'ISPC sur le poids santé

En mars 2005, l'ISPC a financé un sondage d'opinion public dans le but d'étudier les attitudes et les perceptions de la population canadienne sur la santé et le poids santé au Canada. Le cabinet de recherche en marketing et en opinion publique POLLARA a sondé un échantillon représentatif à l'échelle nationale composé de 1 515 adultes canadiens de 18 ans et plus. Toutes les données ont été pondérées afin de corriger les proportions au moyen des cibles définies par Statistique Canada en ce qui a trait à l'âge, au sexe et à la répartition de la population. Par ailleurs, dans les territoires, le sondage a été effectué auprès d'un suréchantillon de 301 entrevues. L'échantillon d'entrevues non pondéré des territoires a été analysé séparément afin de recenser toute différence entre les répondants de cette région et ceux du reste du pays. Avec un échantillon global total de 1 816 répondants, les résultats du sondage sont exacts avec une marge d'erreur de $\pm 2,3$ %, 19 fois sur 20.

La population pondérée étudiée se répartissait comme suit dans l'ensemble du Canada : 13 % en Colombie-Britannique et dans les territoires; 10 % en Alberta; 7 % en Saskatchewan et au Manitoba; 38 % en Ontario; 24 % au Québec; et 8 % dans les provinces de l'Atlantique.

À l'aide de questions ouvertes donnant lieu à des réponses nominales ou à des réponses converties en échelles (de 1 à 7, où 1 correspond à « pas important du tout » et 7, à « très important »), on a demandé aux répondants de donner leur opinion sur les questions suivantes :

- Problèmes de santé importants au Canada;
- Facteurs sociaux et individuels qui entraînent l'obésité;
- Facteurs sociaux et individuels qui préviennent l'obésité;
- Importance de la réduction de l'obésité;
- Questions de santé importantes dans leur collectivité;
- Appui aux initiatives qui portent sur l'obésité;
- Perception de l'obésité en tant que problème chez les enfants et les adultes;
- Facteurs qui contribuent à une bonne santé;
- Facteurs qui contribuent à une mauvaise santé.

Références

- 1 M. Shields, *Nutrition: Findings From the Canadian Community Health Survey. Issue No. 1. Measured Obesity: Overweight Canadian Children and Adolescents*, Ottawa, Statistique Canada, 2005. Catalogue n° 82-620-MWE2005001.
- 2 M. Tjepkema, *Nutrition: Findings From the Canadian Community Health Survey. Issue No. 1 Measured Obesity: Adult Obesity in Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 2005. Catalogue n° 82-620-MWE2005001.
- 3 National Institutes of Health, *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, Bethesda, MD, NIH, 1998.
- 4 Organisation mondiale de la Santé, *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, OMS, Genève, Suisse, 2003.
- 5 J. Gilmore, « Body Mass Index and Health », *Health Reports*, vol. 11, n° 1 (1999), p. 31-46. Catalogue n° 82-003.
- 6 S. Wannamethee, « Overweight and Obesity and Weight Change in Middle Aged Men: Impact on Cardiovascular Disease and Diabetes », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59 (2005), p. 134-139.
- 7 B. A. Swinburn et coll., « Diet, Nutrition and the Prevention of Excess Weight Gain and Obesity », *Public Health Nutrition*, vol. 7, n° 1A (2004), p. 123-146.
- 8 K. Wilkins, « Incident Arthritis in Relation to Excess Weight », *Health Reports*, vol. 15, n° 1 (2004), p. 39-49. Catalogue n° 82-003.
- 9 Y. Mao et coll., « Physical Inactivity, Energy Intake, Obesity and the Risk of Rectal Cancer in Canada », *International Journal of Cancer*, vol. 105, n° 6 (2003), p. 831-837.
- 10 P. T. Katzmarzyk et C. I. Ardern, « Overweight and Obesity Mortality Trends in Canada, 1985-2000 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1 (2004), p. 16-20.
- 11 P. T. Katzmarzyk et I. Janssen, « The Economic Costs Associated With Physical Inactivity and Obesity in Canada: An Update », *Canadian Journal of Applied Physiology*, vol. 29, n° 1 (2004), p. 90-115.
- 12 K. Clement et P. Ferre, « Genetics and the Pathophysiology of Obesity », *Pediatric Research*, vol. 53, n° 5 (2003), p. 721-725.
- 13 L. Perusse et C. Bouchard, « Gene-Diet Interactions in Obesity », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 72, suppl. 5 (2000), p. 1285S-1290S.
- 14 P. Froguel et P. Boutin, « Genetics of Pathways Regulating Body Weight in the Development of Obesity in Humans », *Experimental Biology and Medicine*, vol. 226, n° 11 (2001), p. 991-996.
- 15 Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Toward a Healthy Future—Second Report on the Health of Canadians* (en ligne), Ottawa, Santé Canada, 1999. Consulté le 7 février 2004. Internet : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/report/toward/report.html.
- 16 Santé Canada, *Healthy Development of Children and Youth: The Role of the Determinants of Health* (en ligne), Ottawa, Statistique Canada, 1999. Consulté le 7 décembre 2004. Internet : www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/pdfa-zenglish.html#H. Catalogue n° H39-501/1999E.
- 17 Agence de santé publique du Canada, *What Determines Health?* (en ligne), 2005. Consulté le 21 février 2005. Internet : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#unhealthy.
- 18 R. Labonte, *How Our Programs Affect Population Health Determinants: A Workbook for Better Planning and Accountability*, Regina, Santé Canada et Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, 2003.
- 19 J. Wardle et J. Griffith, « Socioeconomic Status and Weight Control Practices in British Adults », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, n° 3 (2001), p. 185-190.

- 20 S. Bryan et P. Walsh, « Physical Activity and Obesity in Canadian Women », *BioMed Central* (2004), p. 1-10.
- 21 Les diététistes du Canada, *The Cost of Eating in BC: The Challenge of Feeding a Family on a Low Income*, Vancouver, Les diététistes du Canada, région de la C.-B., 2002.
- 22 C. E. Pérez, « Fruit and Vegetable Consumption », *Health Reports*, vol. 13, n° 3 (2003), p. 23-31. Catalogue n° 82-003.
- 23 P. A. Spanier et K. R. Allison, « General Social Support and Physical Activity: An Analysis of the Ontario Health Survey », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, n° 3 (2001), p. 210-213.
- 24 M. A. Okun et coll., « Social Support and Social Norms: Do Both Contribute to Predicting Leisure-Time Exercise? », *American Journal of Health Behavior*, vol. 27, n° 5 (2003), p. 493-507.
- 25 C. L. Addy et coll. « Associations of Perceived Social and Physical Environmental Supports With Physical Activity and Walking Behavior », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 3 (2004), p. 440-443.
- 26 G. A. King et coll., « Relationship of Leisure-Time Physical Activity and Occupational Activity to the Prevalence of Obesity », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 25, n° 5 (2001), p. 606-612.
- 27 L. Di Lorenzo et coll., « Effect of Shift Work on Body Mass Index: Results of a Study Performed in 319 Glucose-Tolerant Men Working in a Southern Italian Industry », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 27, n° 11 (2003), p. 1353-1358.
- 28 J. Laitinen et coll., « Unemployment and Obesity Among Young Adults in a Northern Finland 1966 Birth Cohort », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 26, n° 110 (2002), p. 1329-1338.
- 29 B. Galobardes, A. Morabia et M. S. Bernstein, « The Differential Effect of Education and Occupation on Body Mass and Overweight in a Sample of Working People of the General Population », *Annals of Epidemiology*, vol. 10, n° 8 (2000), p. 532-537.
- 30 M. S. Kramer et R. Kakuma, « Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 1 (2002), p. CD003517.
- 31 S. Arenz et coll., « Breast-Feeding and Childhood Obesity—a Systematic Review », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 28, n° 10 (2004), p. 1247-1256.
- 32 J. Baird et coll., « Being Big or Growing Fast: Systematic Review of Size and Growth in Infancy and Later Obesity », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7522 (2005), p. 1-6.
- 33 A. Ellaway, S. Macintyre et X. Bonnefoy, « Graffiti, Greenery, and Obesity in Adults: Secondary Analysis of European Cross Sectional Survey », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7517 (2005), p. 611-612.
- 34 M. S. Faith et coll., « Weight Criticism During Physical Activity, Coping Skills, and Reported Physical Activity in Children », *Pediatrics*, vol. 110, n° 2, 1^{re} partie (2002), p. e23.
- 35 S. M. Grundy et coll., « Definition of Metabolic Syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition », *Circulation*, vol. 109, n° 3 (2004), p. 433-438.
- 36 K. Trakas, K. Lawrence et N. H. Shear, « Utilization of Health Care Resources by Obese Canadians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 10 (1999), p. 1457-1462.
- 37 R. Puhl et K. D. Brownell, « Bias, Discrimination, and Obesity », *Obesity Research*, vol. 9, n° 12 (2001), p. 788-805.
- 38 G. D. Foster et coll., « Primary Care Physicians' Attitudes About Obesity and Its Treatment », *Obesity Research*, vol. 11, n° 10 (2003), p. 1168-1177.
- 39 M. B. Schwartz et coll., « Weight Bias Among Health Professionals Specializing in Obesity », *Obesity Research*, vol. 11, n° 9 (2003), p. 1033-1039.
- 40 K. R. Fontaine et coll., « Body Weight and Health Care Among Women in the General Population », *Archives of Family Medicine*, vol. 7, n° 4 (1998), p. 381-384.

- 41 Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2004.
- 42 Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2005.
- 43 J. Chen et W. J. Millar, « Starting and Sustaining Physical Activity », *Health Reports*, vol. 12, n° 4 (2001), p. 33-43. Catalogue n° 82-003.
- 44 First Nations Centre—Organisation nationale de la santé autochtone, *Preliminary Findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002-03*, Ottawa, ONSA, 2005.
- 45 M. S. Tremblay et coll., « Obesity, Overweight and Ethnicity », *Health Reports*, vol. 16, n° 4 (2005), p. 23-34. Catalogue n° 82-003.
- 46 J. T. McDonald et S. Kennedy, « Is Migration to Canada Associated with Unhealthy Weight Gain? Overweight and Obesity among Canada's Immigrants », *Social Science & Medicine*, vol. 61 (2005), p. 2469-2481.
- 47 H. Frumkin, « Urban Sprawl and Public Health », *Public Health Reports*, vol. 117, n° 3 (2002), p. 201-217. Catalogue n° 82-003.
- 48 R. Ewing, R. Pendall et D. Chen, *Measuring Sprawl and Its Impact* (en ligne), Washington, Smart Growth America 2002. Consulté le 22 octobre 2005. Internet : <www.smartgrowthamerica.org/sprawlindex/sprawlreport.html>.
- 49 R. Ewing et coll., « Relationship Between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity », *American Journal of Health Promotion*, vol. 18, n° 1 (2003), p. 47-57.
- 50 R. Cervero et M. Duncan, « Walking, Bicycling, and Urban Landscapes: Evidence From the San Francisco Bay Area », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 9 (2003), p. 1478-1483.
- 51 R. Ewing, « Is Los Angeles-Style Sprawl Desirable? », *Journal of the American Planning Association*, vol. 63, n° 1 (1997), p. 107-137.
- 52 S. L. Handy et coll., « How the Built Environment Affects Physical Activity: Views From Urban Planning », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, suppl. 2 (2002), p. 64-73.
- 53 J. F. Sallis et coll., « Active Transportation and Physical Activity: Opportunities for Collaboration on Transportation and Public Health Research », *Transportation Research* vol. 38 (2004), p. 249-268.
- 54 Vert l'action, « Active Transportation Roundtable » (présenté à la Table ronde sur le transport actif, Wakefield), 9 et 10 avril 2003.
- 55 L. D. Frank, « Land Use and Transportation Interaction: Implications on the Public Health and Quality of Life », *Journal of Planning Education and Research*, vol. 20 (2000), p. 6-22.
- 56 Santé Canada, *Canadian Guidelines for Weight Classification in Adults*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2000. Cité dans l'Organisation mondiale de la Santé, *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity*, Genève, Suisse, OMS, 2000.
- 57 Statistique Canada, *2001 Census Dictionary*, Ottawa, Statistique Canada, 2002. Catalogue n° 92-378-XIE.
- 58 J. Schilling et L. S. Linton, « The Public Health Roots of Zoning in Search of Active Living's Legal Genealogy », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 2, suppl. 2 (2005), p. 96-104.
- 59 J. Pucher et L. Dijkstra, « Promoting Safe Walking and Cycling to Improve Public Health: Lessons From the Netherlands and Germany », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 9 (2003), p. 1509-1516.
- 60 L. D. Frank et coll., « Linking Objectively Measured Physical Activity With Objectively Measured Urban Form Findings From SMARTRAQ », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 2, suppl. 2 (2005), p. 117-125.
- 61 H. Badland et G. Schofield, « Transport, Urban Design, and Physical Activity: An Evidence-Based Update », *Transportation Research Part D*, vol. 10 (2005), p. 177-196.
- 62 S. Handy, « Understanding the Link between Urban Form and Non-Work Travel Behavior », *Journal of Planning and Education Research*, vol. 15 (1996), p. 183-198.

- 63 D. Berrigan et R. P. Troiano, « The Association Between Urban Form and Physical Activity in U.S. Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, suppl. 2 (2002), p. 74-79.
- 64 Fondation des maladies du cœur, « Has the Suburban Dream Gone Sour? » (en ligne). Consulté le 30 mai 2005. Internet : <ww2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=1251&RecordID=3916&CategoryID=21&Src=pei&from=search>.
- 65 J. Kenworthy et F. Laube, *The Millennium Cities Database for Sustainable Transport* (base de données sur cédérom), Bruxelles, International Union of Public Transport; Perth, Australie : Institute for Sustainability and Technology Policy, Murdoch University. Cité dans C. W. Schmidt, « Sprawl: The New Manifest Destiny? », *Environmental Health Perspectives*, vol. 112, n° 11 (2004), p. A620-627.
- 66 R. Bray, C. Vakil et D. Elliott, *Report on Public Health and Urban Sprawl in Ontario*, Toronto, Environmental Health Committee, Ontario College of Family Physicians, 2005.
- 67 L. D. Frank, M. A. Andresen et T. L. Schmid, « Obesity Relationships With Community Design, Physical Activity, and Time Spent in Cars », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, n° 2 (2004), p. 87-96.
- 68 Vert l'action, « Commuter Challenge 2005—Active and Sustainable Modes of Transportation » (en ligne). Consulté le 3 novembre 2005. Internet : <www.commuterchallenge.ca/english/modes.aro>.
- 69 G. O. Cunningham et Y. L. Michael, « Concepts Guiding the Study of the Impact of the Built Environment on Physical Activity for Older Adults: A Review of the Literature », *American Journal of Health Promotion*, vol. 18, n° 6 (2004), p. 435-443.
- 70 Vert l'action, *1998 National Survey on Active Transportation—Summary Report*, Ottawa, Santé Canada, 1998.
- 71 C. L. Craig et coll., *Increasing Physical Activity: Building a Supportive Recreation and Sport System*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2001.
- 72 B. E. Molnar et coll., « Unsafe to Play? Neighborhood Disorder and Lack of Safety Predict Reduced Physical Activity Among Urban Children and Adolescents », *American Journal of Health Promotion*, vol. 18, n° 5 (2004), p. 378-386.
- 73 C. L. Craig et C. Cameron, *Increasing Physical Activity: Assessing Trends From 1998-2003*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2004.
- 74 A. Romero, « Low-Income Neighborhood Barriers and Resources for Adolescents Physical Activity », *The Journal of Adolescent Health*, vol. 36 (2005), p. 253-259.
- 75 R. M. Merrill et coll., « Climate Conditions and Physical Activity in the United States », *American Journal of Health Behavior*, vol. 29, n° 4 (2005), p. 371-381.
- 76 C. E. Matthews et coll., « Seasonal Variation in Household, Occupational, and Leisure Time Physical Activity: Longitudinal Analyses From the Seasonal Variation of Blood Cholesterol Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 153, n° 2 (2001), p. 172-183.
- 77 J. M. Pivarnik, M. J. Reeves et A. P. Rafferty, « Seasonal Variation in Adult Leisure-Time Physical Activity », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 35, n° 6 (2003), p. 1004-1008.
- 78 T. L. Visscher et J. C. Seidell, « Time Trends (1993-1997) and Seasonal Variation in Body Mass Index and Waist Circumference in the Netherlands », *International Journal of Obesity*, vol. 28, n° 10 (2004), p. 1309-1316.
- 79 N. Humpel et coll., « Associations of Location and Perceived Environmental Attributes With Walking in Neighborhoods », *American Journal of Health Promotion*, vol. 18, n° 3 (2004), p. 239-242.
- 80 C. M. Hoehner et coll., « Perceived and Objective Environmental Measures and Physical Activity Among Urban Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 2 suppl. 2 (2005), p. 105-116.
- 81 B. Giles-Corti et coll., « Increasing Walking: How Important Is Distance to, Attractiveness, and Size of Public Open Space? », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 2 suppl. 2 (2005), p. 169-176.
- 82 R. C. Brownson et coll., « Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 12 (2001), p. 1995-2003.

- 83 Active Healthy Kids Canada, *Dropping the Ball: Canada's Report Card on Physical Activity for Children and Youth*, Toronto, Active Healthy Kids Canada, 2005.
- 84 Saskatoon in motion, *Saskatoon in motion—Five Years in the Making, 2000-2005*, Saskatoon : Saskatoon Regional Health Authority, 2005.
- 85 Saskatchewan in Motion, « Join the Movement » (en ligne). Consulté le 3 novembre 2005. Internet : <www.saskatchewaninmotion.ca>.
- 86 J. D. Douketis et coll., « Periodic Health Examination, 1999 Update: 1. Detection, Prevention and Treatment of Obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4 (1999), p. 513-525.
- 87 P. Edwards, « No Country Mouse: Thirty Years of Effective Marketing and Health Communications », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, suppl. 2 (2004), p. S6-13.
- 88 A. Bauman et coll., « ParticipACTION: This Mouse Roared, But Did It Get the Cheese? », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, suppl. 2 (2004), p. S14-19.
- 89 S. J. Finlay, « Physical Activity Promotion Through the Mass Media: Inception, Production, Transmission and Consumption », *Preventive Medicine*, vol. 40 (2005), p. 121-130.
- 90 D. J. Hennrikus et R. W. Jeffery, « Worksite Intervention for Weight Control: A Review of the Literature », *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, n° 6 (1996), p. 471-498.
- 91 G. Sorensen et coll., « Increasing Fruit and Vegetable Consumption Through Worksites and Families in the Treatwell 5-a-Day Study », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 1 (1999), p. 54-60.
- 92 R. K. Dishman et coll., « Worksite Physical Activity Interventions », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, n° 4 (1998), p. 344-361.
- 93 M. Holdsworth, N. T. Raymond et C. Haslam, « Does the Heartbeat Award Scheme in England Result in Change in Dietary Behaviour in the Workplace? », *Health Promotion International*, vol. 19, n° 2 (2004), p. 197-204.
- 94 House of Commons Health Committee, *Obesity* (en ligne), United Kingdom House of Commons, 2004, Consulté le 28 octobre 2005. Internet : <www.parliament.uk/parliamentary_committees/health_committee.cfm>.
- 95 K. I. Proper et coll., « The Effectiveness of Worksite Physical Activity Programs on Physical Activity, Physical Fitness, and Health », *Clinical Journal of Sport Medicine*, vol. 13, n° 2 (2003), p. 106-117.
- 96 Guide to Community Preventive Services, *Worksite Programs Combining Nutrition and Physical Activity Are Recommended to Control Overweight or Obesity* (en ligne). Consulté le 15 août 2005. Internet : <www.thecommunityguide.org/obese/obese-int-worksite.pdf>.
- 97 K. I. Proper et coll., « Effect of Individual Counseling on Physical Activity Fitness and Health: A Randomized Controlled Trial in a Workplace Setting », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, n° 3 (2003), p. 218-226.
- 98 C. Cameron et C. L. Craig, *Increasing Physical Activity: Building Active Workplaces*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2004.
- 99 Développement social Canada, *Organizational Profiles: Husky Injection Molding Systems* (en ligne). Consulté le 18 juillet 2005. Internet : <www.sdc.gc.ca/asp/gateway.asp?hr=/en/lp/spila/wlb/ell/08husky_injection_molding_systems.shtml&hs=wnc>.
- 100 C. Wanjek, *Food at Work: Workplace Solutions for Malnutrition, Obesity and Chronic Diseases*, Genève, Bureau international du Travail, 2005.
- 101 N. Mutrie et coll., « 'Walk in to Work Out': A Randomised Controlled Trial of a Self Help Intervention to Promote Active Commuting? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, n° 6 (2002), p. 407-412.
- 102 K. Bachmann, *Health Promotion Programs at Work: A Frivolous Cost or a Sound Investment?* (en ligne), Conference Board du Canada, 2002. Consulté le 2 novembre 2004. Internet : <www.conferenceboard.ca>.

- 103** K. M. Emmons et coll., « The Working Healthy Project: A Worksite Health-Promotion Trial Targeting Physical Activity, Diet, and Smoking », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 41, n° 7 (1999), p. 545-555.
- 104** A. L. Carrel et coll., « Improvement of Fitness, Body Composition, and Insulin Sensitivity in Overweight Children in a School-Based Exercise Program: A Randomized, Controlled Study », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159, n° 10 (2005), p. 963-968.
- 105** M. Story, « School-Based Approaches for Preventing and Treating Obesity », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 23, suppl. 2 (1999), p. S43-51.
- 106** K. Raine, *Overweight and Obesity in Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
- 107** Committee on the Prevention of Obesity in Children and Youth, *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*, Washington, The National Academies Press, 2005.
- 108** Centers for Disease Control and Prevention, « Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating », *Morbidity and Mortality Weekly Report* 45 (en ligne), RR-9 (1996), p. 1-33. Consulté le 8 avril 2005. Internet : <www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00042446.htm>.
- 109** P. Messier, G. Cloutier et S. Rowe, *Fuel to Xcell: Healthy Vending Machine Program*, Santé publique Ottawa, 2004.
- 110** M. Kubik et coll., « The Association of the School Food Environment With Dietary Behaviours of Young Adolescents », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 7 (2003), p. 1168-1173.
- 111** K. W. Cullen et I. Zakeri, « Fruits, Vegetables, Milk, and Sweetened Beverages Consumption and Access to à la Carte/Snack Bar Meals at School », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 3 (2004), p. 463-467.
- 112** S. A. French et coll., « An Environmental Intervention to Promote Lower-Fat Food Choices in Secondary Schools: Outcomes of the TACOS Study », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 9 (2004), p. 1507-1512.
- 113** J. James et coll., « Preventing Childhood Obesity by Reducing Consumption of Carbonated Drinks: Cluster Randomised Controlled Trial », *British Medical Journal*, vol. 328, n° 7450 (2004), p. 1237.
- 114** S. A. French, P. J. Hannan et M. Story, « School Soft Drink Intervention Study », *British Medical Journal*, vol. 329, n° 7462 (2004), p. E315-316.
- 115** *Labour on the Side of Parents* (en ligne), discours prononcé par Ruth Kelly, secrétaire d'État du UK Labour Party. Consulté le 20 septembre 2005. Internet : <www.labour.org/uk/index.php?id=news&ux_news_id=labouronthesideofparents>.
- 116** H. Thomas et coll., *Effectiveness of Physical Activity Enhancement and Obesity Prevention Programs in Children and Youth*, Ottawa, Santé Canada, 2004.
- 117** Task Force on Community Preventative Services, « Recommendations to Increase Physical Activity in Communities », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 22, suppl. 4 (2002), p. 67-72.
- 118** Santé Canada, *Canada's Physical Activity Guide for Youth*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2002. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/paguide/child_youth/pdf/guide_y_en.pdf>.
- 119** Statistique Canada, *Leisure-Time Physical Activity, by Age Group and Sex, Household Population Aged 12 and Over, Canada, 2003*, Ottawa, Statistique Canada (CANSIM, tableau n° 1050233), 2003. Consulté le 7 octobre 2005. Internet : <www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2005001/tables/pdf/2167_03.pdf>.
- 120** Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse, *All You Need to Know About QDPE* (en ligne). Consulté en février 2005. Internet : <www.cahperd.ca/eng/physicaleducation/about_qdpe.cfm>.
- 121** C. Cameron et coll., *Increasing Physical Activity: Encouraging Physical Activity Through School*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2003.
- 122** Ministère de l'Éducation de l'Ontario, *Healthy Schools Condition Healthy Minds* (communiqué de presse), Toronto, gouvernement de l'Ontario, 6 octobre 2005.

- 123** D. Howell, « Some Schools Finding It Hard to Fit 30 Minutes of PA into Schedule », *The Edmonton Journal*, 15 octobre 2005.
- 124** M. L. Fitzgibbon et coll., « Two-Year Follow-up Results for Hip-Hop to Health Jr.: A Randomized Controlled Trial for Overweight Prevention in Preschool Minority Children », *Journal of Pediatrics*, vol. 146, n° 5 (2005), p. 618-625.
- 125** A. Datar et R. Sturm, « Physical Education in Elementary School and Body Mass Index: Evidence From the Early Childhood Longitudinal Study », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 9 (2004), p. 1501-1506.
- 126** National Institute for Health Care Management, *Obesity in Young Children: Impact and Intervention*, Washington, National Institute for Health Care Management, 2004.
- 127** D. D. Allensworth et L. J. Kolbe, « The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept », *Journal of School Health*, vol. 57, n° 10 (1987), p. 409-412.
- 128** Centers for Disease Control and Prevention, *Healthy Youth! Coordinated School Programs* (en ligne). Consulté le 27 mai 2005. Internet : <www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/>.
- 129** Annapolis Valley Health Promoting Schools Project, *Making the Healthy Choice the Easy Choice*, Port Williams, Port Williams Nutrition for Health Association, 2004.
- 130** P. J. Veugeliers et A. L. Fitzgerald, « Effectiveness of School Programs in Preventing Childhood Obesity: A Multilevel Comparison », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 3 (2005), p. 432-435.
- 131** H. McKay, *Action Schools! BC—Phase I (Pilot) Evaluation Report and Recommendations* (en ligne), Vancouver, Action Schools BC, 2004. Consulté le 6 avril 2005. Internet : <www.actionschoolsbc.ca>.
- 132** S. L. Gortmaker et coll., « Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention Among Youth: Planet Health », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 4 (1999), p. 409-418.
- 133** S. L. Gortmaker et coll., « Impact of a School-Based Interdisciplinary Intervention on Diet and Physical Activity Among Urban Primary School Children: Eat Well and Keep Moving », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 9 (1999), p. 975-983.
- 134** P. Sahota et coll., « Randomised Controlled Trial of Primary School Based Intervention to Reduce Risk Factors for Obesity », *British Medical Journal*, vol. 323, n° 7320 (2001), p. 1029-1032.
- 135** R. V. Luepker et coll., « Outcomes of a Field Trial to Improve Children's Dietary Patterns and Physical Activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. Catch Collaborative Group », *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, n° 10 (1996), p. 768-776.
- 136** N. Edwards, J. Mill et A. R. Kothari, « Multiple Intervention Research Programs in Community Health », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 36, n° 1 (2004), p. 40-54.
- 137** G. Paradis et coll., « Impact of a Diabetes Prevention Program on Body Size, Physical Activity, and Diet Among Kanien'keha:Ka (Mohawk) Children 6 to 11 Years Old: 8-Year Results From the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project », *Pediatrics*, vol. 115, n° 2 (2005), p. 333-339.
- 138** M. Dobbins et coll., *The Effectiveness of School-Based Interventions in Promoting Physical Activity and Fitness Among Children and Youth: A Systematic Review*, Dundas, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2001.
- 139** S. Micucci, H. Thomas et J. Vohra, *The Effectiveness of School-Based Strategies for the Primary Prevention of Obesity and for Promoting Physical Activity and/or Nutrition, the Major Modifiable Risk Factors for Type 2 Diabetes: A Review of Reviews*, Dundas, Public Health Research, Education and Development Program, 2002.
- 140** Statistique Canada, *Measured Child Body Mass Index (BMI), by Age Group and Sex, Household Population Aged 2 to 17 Excluding Pregnant Females, Canada, Ottawa, Statistique Canada (CANSIM, tableau n° 105-2002), 2004. Consulté le 1^{er} novembre 2005. Internet : <www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/tables/t003_en.pdf>.*
- 141** G. Carrière, « Parent and Child Factors Associated With Youth Obesity », *Health Reports*, vol. 14, suppl. (2003), p. 29-39. Catalogue n° 82-003.

- 142 V. A. Palda, J. M. Guise et C. N. Wathen, « Interventions to Promote Breast-Feeding: Applying the Evidence in Clinical Practice », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 6 (2004), p. 976-978.
- 143 L. L. Birch et J. O. Fisher, « Mothers' Child-Feeding Practices Influence Daughters' Eating and Weight », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 71, n° 5 (2000), p. 1054-1061.
- 144 D. Spruijt-Metz et coll., « Relation Between Mothers' Child-Feeding Practices and Children's Adiposity », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 75, n° 3 (2002), p. 581-586.
- 145 M. Y. Hood et coll., « Parental Eating Attitudes and the Development of Obesity in Children. The Framingham Children's Study », *International Journal of Obesity*, vol. 24, n° 10 (2000), p. 1319-1325.
- 146 T. N. Robinson et coll., « Is Parental Control Over Children's Eating Associated With Childhood Obesity? Results From a Population-Based Sample of Third Graders », *Obesity Research*, vol. 9, n° 5 (2001), p. 306-312.
- 147 Statistique Canada, *Dietary Practices, by Age Group and Sex, Household Population Aged 12 and Over, Canada, 2003* (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1), Ottawa, Statistique Canada (CANSIM, tableau n° 105-0249), 2003. Consulté le 6 octobre 2005. Internet : www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2005001/tables/pdf/2187_03.pdf.
- 148 P. J. Veugeliers et A. L. Fitzgerald, « Prevalence of and Risk Factors for Childhood Overweight and Obesity », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 173, n° 6 (2005), p. 607-613.
- 149 E. Vandewater, « Linking Obesity and Activity Level With Children's Television and Video Game Use », *Journal of Adolescence*, vol. 27 (2003), p. 71-85.
- 150 Organisation mondiale de la santé, C. Currie (éd.), *Young People's Health in Context—Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2001/2002 Survey—Health Policy for Children and Adolescents*, Copenhague, OMS, 2004.
- 151 T. N. Robinson, « Television Viewing and Childhood Obesity », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 48, n° 4 (2001), p. 1017-1025.
- 152 R. G. McMurray et coll., « The Influence of Physical Activity, Socioeconomic Status, and Ethnicity on the Weight Status of Adolescents », *Obesity Research*, vol. 8, n° 2 (2000), p. 130-139.
- 153 S. J. Marshall et coll., « Relationships Between Media Use, Body Fatness and Physical Activity in Children and Youth: A Meta-Analysis », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 28, n° 10 (2004), p. 1238-1246.
- 154 T. N. Robinson, « Reducing Children's Television Viewing to Prevent Obesity: A Randomized Controlled Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, n° 16 (1999), p. 1561-1567.
- 155 S. L. Gortmaker et coll., « Television Viewing as a Cause of Increasing Obesity Among Children in the United States, 1986-1990 », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 150, n° 4 (1996), p. 356-362.
- 156 B. A. Dennison, T. A. Erb et P. L. Jenkins, « Television Viewing and Television in Bedroom Associated With Overweight Risk Among Low-Income Preschool Children », *Pediatrics*, vol. 109, n° 6 (2002), p. 1028-1035.
- 157 M. S. Tremblay et J. D. Willms, « Is the Canadian Childhood Obesity Epidemic Related to Physical Inactivity? », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 27, n° 9 (2003), p. 1100-1105.
- 158 Statistique Canada, *Selected Dwelling Characteristics and Household Equipment (Household Electronics and Vehicles)* (en ligne). Consulté le 29 septembre 2005. Internet : www40.statcan.ca/101/cst01/famil09c.htm?sdi=video. Catalogue n° 62F0026MIE.
- 159 L. Neville, M. Thomas et A. Bauman, « Food Advertising on Australian Television: The Extent of Children's Exposure », *Health Promotion International* (2005), p. 1-8.
- 160 J. C. Halford et coll., « Effect of Television Advertisements for Foods on Food Consumption in Children », *Appetite*, vol. 42, n° 2 (2004), p. 221-225.
- 161 D. L. Borzekowski et T. N. Robinson, « The 30-Second Effect: An Experiment Revealing the Impact of Television Commercials on Food Preferences of Preschoolers », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 101, n° 1 (2001), p. 42-46.

- 162** Office of Communications, *Childhood Obesity—Food Advertising in Context*, Londres, OFCOM, 2004.
- 163** C. Hawkes, *Marketing Food to Children: The Global Regulatory Environment* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- 164** L. M. Groesz, M. P. Levine et S. K. Murnen, « The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 31, n° 1 (2002), p. 1-16.
- 165** I. Ledrou et J. Gervais, « Food Insecurity », *Health Reports*, vol. 16, n° 3 (2005), p. 47-51. Catalogue n° 82-003.
- 166** J. Che et J. Chen, « Food Insecurity in Canadian Households », *Health Reports*, vol. 12, n° 4 (2001), p. 11-22. Catalogue n° 82-003.
- 167** L. McIntyre et coll., « Do Low-Income Lone Mothers Compromise Their Nutrition to Feed Their Children? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 6 (2003), p. 686-691.
- 168** M. S. Townsend et coll., « Food Insecurity Is Positively Related to Overweight in Women », *The Journal of Nutrition*, vol. 131, n° 6 (2001), p. 1738-1745.
- 169** E. J. Adams, L. Grummer-Strawn et G. Chavez, « Food Insecurity Is Associated With Increased Risk of Obesity in California Women », *The Journal of Nutrition*, vol. 133, n° 4, (2003), p. 1070-1074.
- 170** S. Sarlio-Lahteenkorva et E. Lahelma, « Food Insecurity Is Associated With Past and Present Economic Disadvantage and Body Mass Index », *Journal of Nutrition*, vol. 131, n° 11 (2001), p. 2880-2884.
- 171** J. Veitch et coll., « Physical Inactivity and Other Health Risks Among Australian Males in Less-Skilled Occupations », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 41, n° 9 (1999), p. 794-798.
- 172** K. D. Travers, « The Social Organization of Nutritional Inequities », *Social Science & Medicine*, vol. 43, n° 4 (1996), p. 543-553.
- 173** K. Morland et coll., « Neighborhood Characteristics Associated With the Location of Food Stores and Food Service Places », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 22, n° 1 (2002), p. 23-29.
- 174** C. Chung et S. L. Myers Jr., « Do the Poor Pay More for Food? An Analysis of Grocery Store Availability and Food Price Disparities », *Journal of Consumer Affairs*, vol. 33, n° 2 (1999), p. 276.
- 175** Northern Food Prices Project Steering Committee, *Northern Food Prices Project Report 2003*, Winnipeg, Manitoba Aboriginal and Northern Affairs, 2003.
- 176** S. Kirkpatrick et V. Tarasuk, « The Relationship Between Low Income and Household Food Expenditure Patterns in Canada », *Public Health Nutrition*, vol. 6, n° 6 (2003), p. 589-597.
- 177** A. Drewnowski et S. E. Specter, « Poverty and Obesity: The Role of Energy Density and Energy Costs », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 79, n° 1 (2004), p. 6-16.
- 178** J. Maddock, « The Relationship Between Obesity and the Prevalence of Fast Food Restaurants: State-Level Analysis », *American Journal of Health Promotion*, vol. 19, n° 2 (2004), p. 137-143.
- 179** D. A. Alter and K. Eny, « The Relationship Between the Supply of Fast-Food Chains and Cardiovascular Outcomes », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, n° 3 (2005), p. 173-177.
- 180** S. J. Nielsen et B. M. Popkin, « Pattern and Trends in Food Portion Sizes, 1977-1998 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 4 (2003), p. 450-453.
- 181** Communication par courriel avec M. Tjepkema, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 26 septembre 2005.
- 182** J. Hauptman et coll., « Orlistat in the Long-Term Treatment of Obesity in Primary Care Settings », *Archives of Family Medicine*, vol. 9, n° 2 (2000), p. 160-167.
- 183** R. Padwal, S. K. Li et D. C. Lau, « Long-Term Pharmacotherapy for Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 27, n° 12 (2003), p. 1437-1446.

- 184** C. K. Haddock et coll., « Pharmacotherapy for Obesity: A Quantitative Analysis of Four Decades of Published Randomized Clinical Trials », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 26, n° 2 (2002), p. 262-273.
- 185** Z. Li et coll., « Meta-Analysis: Pharmacologic Treatment of Obesity », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n° 7 (2005), p. 532-546.
- 186** H. Buchwald et coll., « Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, n° 14 (2004), p. 1724-1737.
- 187** C. M. Hydock, « A Brief Overview of Bariatric Surgical Procedures Currently Being Used to Treat the Obese Patient », *Critical Care Nursing Quarterly*, vol. 28, n° 3 (2005), p. 217-226.
- 188** R. S. Padwal et R. Z. Lewanczuk, « Trends in Bariatric Surgery in Canada, 1993-2003 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, n° 6 (2005), p. 735.
- 189** W. E. Encinosa et coll., « Use and Costs of Bariatric Surgery and Prescription Weight-Loss Medications », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 24, n° 4 (2005), p. 1039-1046.
- 190** M. A. Maggard et al., « Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n° 7 (2005), p. 547-559.
- 191** E. Johnston et coll., « The Relation of Body Mass Index to Depressive Symptoms », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 3 (2004), p. 179-183.
- 192** K. M. Carpenter et coll., « Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Attempts: Results From a General Population Study », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 2 (2000), p. 251-257.
- 193** C. U. Onyike et coll., « Is Obesity Associated With Major Depression? Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *American Journal of Epidemiology*, vol. 158, n° 12 (2003), p. 1139-1147.
- 194** Agence de santé publique du Canada, *A Report on Mental Illnesses in Canada* (en ligne). Consulté 5 avril 2005. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_e.pdf>.
- 195** C. L. Craig, C. Cameron et A. Bauman, *Socio-Demographic and Lifestyle Correlates of Obesity—Technical Report on the Secondary Analyses Using the 2000–2001 Canadian Community Health Survey*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
- 196** A. G. Tsai and T. A. Wadden, « Systematic Review: An Evaluation of Major Commercial Weight Loss Programs in the United States », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n° 1 (2005), p. 56-66.
- 197** A. Avenell et coll., « What Are the Long-Term Benefits of Weight Reducing Diets in Adults? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials », *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, vol. 17, n° 4 (2004), p. 317-335.
- 198** M. L. Dansinger et coll., « Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction: A Randomized Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, n° 1 (2005), p. 43-53.
- 199** E. B. Kahn et coll., « The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 22, n° 4S (2002), p. 73-107.
- 200** R. J. Shephard, « Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact », *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, n° 6 (1996), p. 436-452.
- 201** Santé Canada, *Taking Action on Healthy Living: Background Information on the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
- 202** Agence de santé publique du Canada, *Healthy Living Strategy* (en ligne). Consulté le 29 septembre 2005. Internet : <www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html>.
- 203** R. J. Kuczmarski et coll., « CDC Growth Charts: United States », *Advance Data*, vol. 314 (2000), p. 1-27.

- 204 Les diététistes du Canada et coll., « The Use of Growth Charts for Assessing and Monitoring Growth in Canadian Infants and Children », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 65, n° 1 (2004), p. 22-32.
- 205 T. J. Cole et coll., « Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey », *British Medical Journal*, vol. 320, n° 7244 (2000), p. 240-243.
- 206 M. S. Tremblay et J. D. Willms, « Secular Trends in the Body Mass Index of Canadian Children », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 11 (2000), p. 1429-1433.
- 207 Communication par courriel avec J. D. Willms, professeur, Faculté d'éducation et Chaire de recherche du Canada sur le développement humain (niveau I), Université du Nouveau-Brunswick, 5 août 2005.
- 208 P. Deurenberg, « Asians Are Different From Caucasians and From Each Other in Their Body Mass Index/Body Fat Per Cent Relationship », *Obesity Reviews*, vol. 3 (2002), p. 141-146.
- 209 Consultation conjointe d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé, « Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and Its Implications for Policy and Intervention Strategies », *The Lancet*, vol. 363 (2004), p. 157-163.
- 210 B. A. Reeder et coll., « The Association of Cardiovascular Disease Risk Factors with Abdominal Obesity in Canada. Canadian Heart Health Surveys Research Group », *CMAJ*, vol. 157, suppl. 1 (1997), p. S39-45.
- 211 S. Yusuf et coll., « Obesity and the Risk of Myocardial Infarction in 27 000 Participants from 52 Countries: A Case-Control Study », *The Lancet*, vol. 366, n° 9497 (2005), p. 1640-1649.
- 212 N. Ross et coll., « Body Mass Index in Urban Canada : Neighbourhood and Metropolitan Effects, *American Journal of Public Health* (sous presse). Réimprimé avec la permission de la *American Public Health Association*.
- 213 Statistique Canada, *Breastfeeding Practices, Females Aged 15 to 55 Who Had a Baby in the Previous Five Years, Provinces, Territories and Peer Groups, 2003* (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1), Ottawa, Ontario. (CANSIM table 105-0244), 2003. Consulté le 22 novembre 2005. Internet : www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2005001/tables/pdf/2178_03.pdf.
- 214 Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *New Policy for Healthier Eating in Schools* (25 octobre 2005). Cité le 23 novembre 2005. Internet : www.gnb.ca/cnb/news/edu/2005e1431ed.htm.
- 215 Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Food Guidelines to Help Schools Improve Student Health* (22 novembre 2005). Cité le 23 novembre 2005. Internet : www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2005EDU0098-001064.htm.
- 216 The Diverse Populations Collaboration, « Smoking, Body Weight and CHD Mortality in Diverse Populations », *Preventive Medicine*, vol. 38 (2004), p. 834-840.
- 217 D. Nutbeam, « Evidence-Based Public Policy for Health: Matching Research to Policy Need », *Promotion and Education*, vol. 2, supplément (2001), p. 15-27.
- 218 A. Jokovic, J. Frood et K. Leeb, « Bariatric Surgery in Canada », *Healthcare Policy* (soumis à la publication).
- 219 Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* (en ligne). Cité le 7 décembre 2005. Internet : www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls_e.pdf.

À vous la parole

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport intitulé *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé* et de toute idée qui nous aiderait à améliorer les prochains rapports et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous ou envoyer vos idées par courrier électronique à ispc@icis.ca.

Série Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006
Rétroaction sur le rapport Promouvoir le poids santé
Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Télécopieur : (613) 241-8120

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif consiste à améliorer les rapports à venir. Toutes les réponses demeureront confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

1. Comment vous êtes-vous procuré un exemplaire du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé*?

- Par la poste Par un collègue Sur Internet
 J'ai commandé mon propre exemplaire Autre (préciser) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?

- J'ai lu tout le rapport J'ai lu certains chapitres et l'ai parcouru en entier
 J'ai parcouru tout le rapport

3. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Clarté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Utilisation des figures | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Qualité de l'analyses | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Niveau de détail présenté | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| Longueur du rapport | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

Utilité du rapport

4. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous avez trouvé utile la lecture du rapport en inscrivant un " X " vis-à-vis la catégorie la plus appropriée :

- Très utile Un peu utile Pas utile

5. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

6. Qu'est-ce qui vous a semblé le plus utile dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur le lecteur

8. Où habitez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Étranger (veuillez préciser le pays) _____ |

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur lié à la santé
- Chercheur
- Analyste de politiques
- Membre du conseil d'administration
- Représentant élu
- Dispensateur de soins
- Étudiant/jeune
- Éducateur
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci d'avoir rempli et envoyé le questionnaire.

Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.