

Bulletin sur la santé de la population publié par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef

## L'obésité au Nouveau-Brunswick

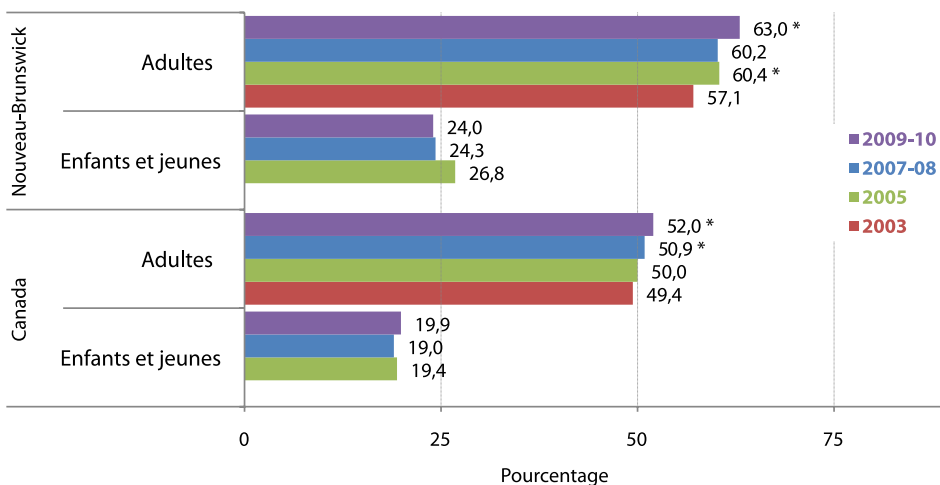
Au cours des 30 dernières années, le nombre d'enfants, d'adolescents et d'adultes du Nouveau-Brunswick qui ont un surplus de poids ou qui sont obèses a augmenté considérablement, et cette réalité est le reflet d'un phénomène national et mondial. Au Canada, la prévalence de l'obésité chez les adultes et les jeunes a, pour ainsi dire, doublé entre 1981 et 2009 [1]. La hausse de la prévalence de l'obésité a été particulièrement marquée chez les enfants [2]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) signale qu'à l'échelle mondiale, l'obésité a plus que doublé depuis le début des années 1980. Selon ses estimations, plus d'un adulte sur dix parmi la population mondiale est obèse. En 2010, quelque 43 millions d'enfants de moins de cinq ans faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses [3]. Une grande variété de facteurs génétiques, sociaux, culturels, environnementaux et liés au mode de vie contribuent aux modulations de la prévalence de l'obésité.

### Dans ce numéro :

- La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité
- Les conséquences sur la santé
- Les facteurs contributifs

Au Nouveau-Brunswick, 63,0 p. 100 des adultes de 18 ans et plus (soit un nombre estimé de 351 400 personnes) et 24,0 p. 100 des enfants et des jeunes de 12 à 17 ans (10 700 personnes) font de l'embonpoint ou sont obèses, d'après les données sur la taille et le poids recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010 [4]. Comme on peut le voir dans la figure 1, le taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes était beaucoup plus élevé en 2009-2010 que ce qui avait été observé en 2007-2008 (60,2 p. 100;  $p < 0,05$ ). Cette hausse observée était en grande partie attribuable à l'augmentation du pourcentage d'adultes qui étaient obèses en 2009-2010 (28,0 p. 100) comparativement à ce qui était le cas en 2007-2008 (22,4 p. 100) [4].

Figure 1 : Tendances relatives aux taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes (18 ans et plus) et chez les enfants et les jeunes (de 12 à 17 ans), Nouveau-Brunswick et Canada, 2003-2010



Source: Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Remarque : L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport à la période de référence précédente ( $p < 0,05$ ).

Taille de l'échantillon au Nouveau-Brunswick pour l'ESCC de 2003 : 4 737; pour l'ESCC de 2005 : 4 905; pour les ESCC de 2007 et de 2008 combinées : 5 278; pour les ESCC de 2009 et de 2010 combinées : 4 598. Les données sur l'embonpoint et l'obésité sont fondées sur la taille et le poids déclarés par les répondants et classés en fonction du risque pour la santé compte tenu des seuils de l'indice de masse corporelle acceptés à l'échelle internationale (excluant les femmes enceintes).

Le taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes en 2009-2010 était beaucoup plus élevé au Nouveau-Brunswick que la moyenne canadienne (52,0 p. 100) et plus élevé que dans onze des treize provinces et territoires canadiens (la seule exception étant Terre-Neuve-et-Labrador) [4]. Cette situation s'explique en partie par les différences dans les structures par âge de la population. Comme l'illustre la figure 2, la prévalence de l'obésité croît généralement avec l'âge, à l'exception du groupe d'âge le plus avancé. La population du Nouveau-Brunswick est plus âgée que celle du Canada. En effet, les données du recensement de 2006 révèlent que l'âge médian dans la province (41,5 ans) était supérieur à la médiane nationale (39,5 ans) [5]. Cependant, la structure par âge n'explique pas à elle seule la différence dans les taux d'obésité. Même une fois des ajustements apportés en vue de neutraliser l'effet des variations de la structure par âge de la population, le taux normalisé selon l'âge d'adultes néo-brunswickois qui avaient un surplus de poids ou qui étaient obèses en 2010 demeurait beaucoup plus

élevé que le taux national (61,0 contre 50,6 p. 100) (figure 2) [6].

D'après l'ESCC, on estime qu'environ le quart (24,0 p. 100) des enfants et des jeunes néo-brunswickois de 12 à 17 ans avaient un surplus de poids ou étaient obèses en 2009-2010. Ce taux n'était pas statistiquement différent de celui de 2007-2008 (24,3 p. 100), qui, à son tour, était semblable à ce qui avait été observé en 2005 (26,8 p. 100) (figure 1). Si l'on tient compte de la variabilité de l'échantillonnage, le taux d'embonpoint et d'obésité en 2009-2010 chez les enfants et les jeunes de la province n'était pas statistiquement différent ( $p < 0,05$ ) de la moyenne nationale (figure 2). Le Nouveau-Brunswick arrivait au 8e rang sur 13 à ce chapitre parmi les provinces et les territoires canadiens [4]. Les taux étaient considérablement plus élevés que la moyenne nationale au Yukon (36,1 p. 100), à Terre-Neuve-et-Labrador (31,3 p. 100) et en Nouvelle-Écosse (25,9 p. 100), mais étaient beaucoup plus bas en Colombie-Britannique (16,8 p. 100) et au Québec (17,6 p. 100).

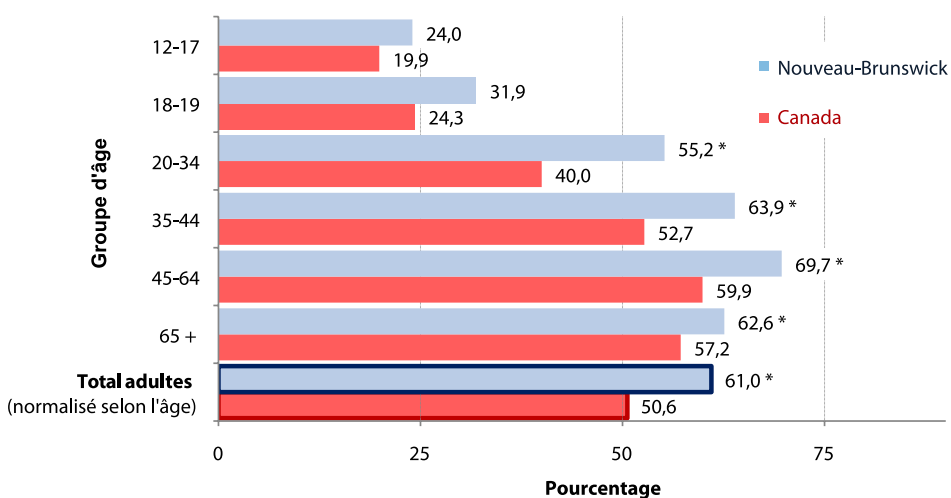
La figure 3 illustre les taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants, les jeunes et les adultes selon la région sanitaire. Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison des limites dues à la taille des échantillons, surtout dans le cas des régions peu peuplées. Si l'on illustre le degré de variabilité associé à chaque taux au moyen d'intervalles de confiance de 95 p. 100, les taux observés dans les régions sanitaires pour les adultes (18 ans et plus) et pour les enfants et les jeunes (de 12 à 17 ans) n'étaient pas statistiquement différents des moyennes provinciales correspondantes [4].

D'autres données sur l'embonpoint et l'obésité au Nouveau-Brunswick, au Canada et dans le monde sont présentées en annexe. Il existe différentes façons de mesurer et de définir l'« embonpoint » et l'« obésité ». Les taux présentés ici sont fondés principalement sur la taille et le poids déclarés par les répondants pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC), une mesure couramment utilisée pour déterminer l'obésité à l'échelle de la population; ces taux peuvent différer si on les compare aux mesures directes de la masse corporelle excédentaire, du rapport élevé entre les réserves lipidiques de l'organisme et la masse musculaire ou de l'obésité abdominale [7, 8].

Néanmoins, les estimations issues de cette enquête ont mis au jour des tendances importantes : la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité était supérieure dans la population adulte du Nouveau-Brunswick à la moyenne nationale et allait croissant au fil du temps, mais les niveaux observés chez les enfants et les jeunes, quoiqu'étonnamment élevés du point de vue de la santé publique, étaient semblables au Nouveau-Brunswick et au Canada en général et sont demeurés plutôt stables ces dernières années.

On sait que l'embonpoint et l'obésité ont des conséquences importantes sur la santé physique et psychosociale; on peut aussi les prévenir en grande partie. Comme les enfants obèses ont tendance à maintenir cet état à l'âge adulte, certains avancent que l'épidémie d'obésité ne reculera pas dans un avenir proche, à moins que des

Figure 2 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les personnes de 12 ans et plus, par groupe d'âge et normalisés selon l'âge, Nouveau-Brunswick et Canada, 2009-2010

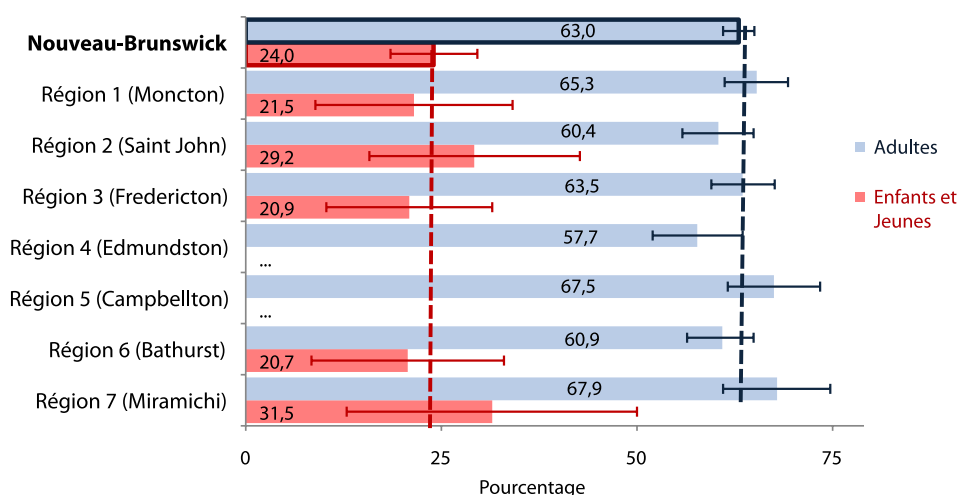


Source: Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*.

Remarque : L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport au taux canadien ( $p < 0,05$ ).

Les données sur l'embonpoint et l'obésité sont fondées sur la taille et le poids déclarés par les répondants et classés en fonction du risque pour la santé compte tenu des seuils de l'indice de masse corporelle acceptés à l'échelle internationale (excluant les femmes enceintes). Les taux par groupe d'âge sont fondés sur les données combinées des ESCC de 2009 et de 2010. Les taux normalisés selon l'âge sont fondés sur l'ESCC de 2010 pour la population de 18 ans et plus et sont calculés en fonction de la structure de la population au recensement canadien de 1991.

Figure 3 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes (18 ans et plus) et chez les enfants et les jeunes (de 12 à 17 ans), selon la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2009-2010



**Source :** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2009-2010 (cycles annuels combinés).

**Remarque :** Les points de suspension (...) désignent une valeur supprimée en raison de la petite taille de l'échantillon.

Les données sont fondées sur la taille et le poids déclarés par les répondants et classés en fonction du risque pour la santé compte tenu des seuils de l'indice de masse corporelle acceptés à l'échelle internationale (excluant les femmes enceintes). La taille de l'échantillon du Nouveau-Brunswick était de 4 218 adultes et de 351 enfants et jeunes. Les lignes horizontales figurant dans le diagramme représentent les intervalles de confiance à 95 p. 100 pour chacun des taux.

mesures draconiennes ne soient mises en place rapidement et à une vaste échelle, mesures destinées à prévenir ou à réduire l'obésité chez les enfants et, notamment, à agir sur les facteurs de risque à l'échelle individuelle, des collectivités et, de manière plus large, de la société [1, 2, 9].

## Conséquences de l'embonpoint et de l'obésité sur la santé

L'embonpoint et l'obésité ne sont pas synonymes de mauvais résultats pour la santé, mais ils contribuent grandement à la hausse de morbidité et de mortalité, surtout dans le cas d'obésité sévère. L'embonpoint et l'obésité arrivent au 5<sup>e</sup> rang des principaux risques de mortalité dans le monde et sont à l'origine d'au moins 2,8 millions de décès chaque année [3].

Chez les adultes, l'embonpoint et l'obésité sont des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (principalement de cardiopathies et

d'accidents vasculaires cérébraux), de diabète de type 2 et de certains cancers (colorectal, du foie, du sein, du pancréas, de l'endomètre et de l'ovaire) [1, 3]. Des liens ont été établis entre l'obésité et un risque accru d'hypertension artérielle, d'un taux élevé de cholestérol dans le sang, d'un taux élevé de triglycérides dans le sang, de douleurs lombaires et d'autres problèmes osseux et articulaires, d'asthme et d'autres problèmes respiratoires, de maladie vésiculaire, d'infections cutanées, d'apnée du sommeil, de dépression et d'autres conséquences psychosociales. Chez les femmes, l'obésité peut mener à des complications pendant la grossesse et l'accouchement et à un risque accru de morbidité et de mortalité périnatales [10, 11]. Dans une étude, on a attribué à l'embonpoint et à l'obésité presque un décès prématuré sur dix chez les Canadiens âgés de 20 à 64 ans en l'an 2000, et le problème était particulièrement prononcé dans l'Est du pays [12]. Compte tenu des coûts directs au système de santé (c'est-à-dire, les soins offerts

en milieu hospitalier, les produits pharmaceutiques, les soins dispensés par les médecins et les soins offerts en établissement) et les coûts indirects découlant de la perte de productivité, on estime que l'obésité chez les adultes a coûté à l'économie canadienne environ 4,6 milliards de dollars en 2008, soit une hausse d'environ 19 p. 100 par rapport aux 3,9 milliards estimés en 2000 [1].

Les enfants et les adolescents obèses courent un risque accru d'avoir des problèmes respiratoires, de subir des fractures, de manifester une résistance à l'insuline, de faire de l'hypertension artérielle et de présenter des marqueurs précoces de maladie cardiovasculaire [1, 3]. Un gain de poids excessif chez les jeunes filles peut mener à un déclenchement précoce de la puberté, qui s'accompagne de conséquences sur leur développement pendant l'enfance et sur leur santé psychosociale [13]. L'obésité chez les enfants est aussi associée à des conséquences importantes pour la santé dans le futur, à savoir des probabilités plus grandes d'obésité, de morbidité et de décès prématuré à l'âge adulte [1, 3, 14].

L'embonpoint et surtout l'obésité constituent le facteur de risque le plus important du diabète de type 2 et de ses complications [15]. L'OMS attribue 44 p. 100 du fardeau mondial du diabète à l'embonpoint et à l'obésité [3]. Au Nouveau-Brunswick, où les taux d'obésité chez les adultes sont plus élevés que la moyenne nationale, le taux de prévalence du diabète normalisé selon l'âge était statistiquement plus élevé que le taux canadien en 2007 [16]. L'augmentation de l'obésité observée chez les enfants et les jeunes de partout au pays au cours des 30 dernières années a été associée à l'apparition du diabète de type 2 chez les jeunes, affection qui était considérée auparavant comme une maladie qui ne se déclarait qu'à l'âge adulte [15]. Le taux de prévalence du diabète (des types 1 et 2) chez les enfants et les adolescents néo-brunswickois âgés de 1 à 19 ans a augmenté de 12 p. 100 entre 2002 et 2007 [16].

Les données sur les causes de décès des Statistiques de l'état civil

du Nouveau-Brunswick pour la période de 2008 à 2010 ont révélé une moyenne de onze décès par an (1,5 pour 100 000 habitants) pour lesquels la cause sous-jacente était l'obésité et la suralimentation, soit une hausse par rapport à la moyenne de sept décès par an (1,0 pour 100 000 habitants) en 2000-2002 [17]. La plupart de ces décès sont survenus chez des personnes de 45 ans et plus. Il est toutefois à noter que l'obésité est rarement inscrite comme cause principale de décès parmi ceux qui y sont liés.

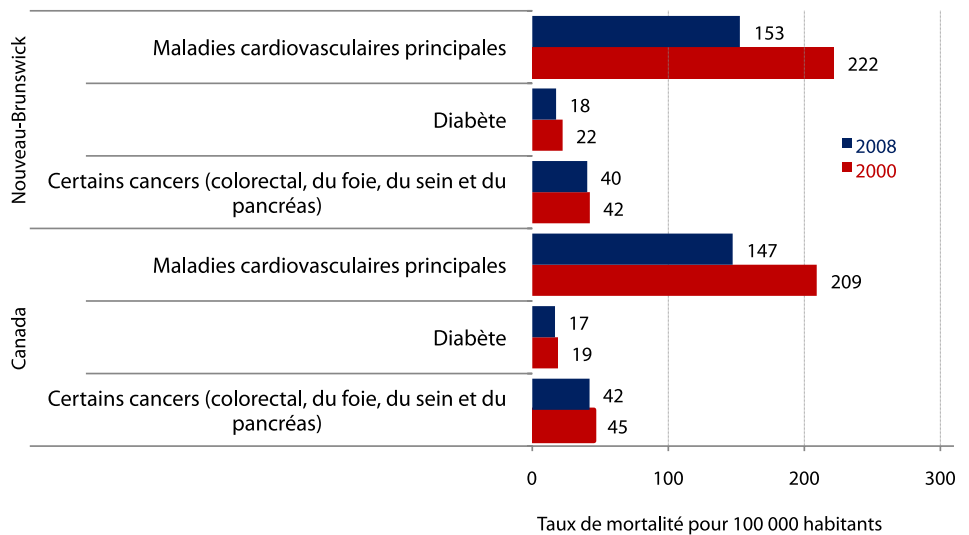
Nombre d'études réalisées à partir de données représentatives à l'échelle nationale ont fait état de liens importants entre les niveaux d'obésité extrêmes et une hausse de mortalité, y compris la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires et aux cancers [18, 19]. Les taux bruts de mortalité en 2008 pour les maladies non transmissibles indiquées ci-dessous étaient plus élevés au Nouveau-Brunswick que la moyenne canadienne :

- maladies cardiovasculaires principales : 244,9 contre 209,1 pour 100 000 habitants;
- diabète sucré : 26,6 contre 22,6 pour 100 000 habitants;
- cancers colorectaux, du foie, du sein et du pancréas : 58,0 contre 54,9 pour 100 000 habitants [20].

Comme l'illustre la figure 4, une fois les différences de la structure par âge neutralisées, l'écart entre le taux provincial et le taux national était en grande partie atténué, voire inversé dans le cas des cancers. Une fois les effets du vieillissement de la population exclus, les taux de mortalité de nombreuses maladies non transmissibles sont demeurés stables et ont même diminué quelque peu entre 2000 et 2008, et ce, autant au Nouveau-Brunswick qu'au Canada [20].

Les diminutions de taux de décès dus aux maladies cardiovasculaires qui ont été constatés un peu partout au pays ont été imputées au recul de certains des principaux facteurs de risque, notamment le tabagisme, ainsi qu'à une détection, à une prise en charge et à un contrôle plus efficaces de l'hypertension artérielle et de la

Figure 4 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge attribuables à certaines causes, Nouveau-Brunswick et Canada, 2000 et 2008



Source : Statistique Canada, *Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès*, et estimations annuelles de la population.

Remarque : Les données sont fondées sur le lieu de résidence et les taux sont normalisés selon l'âge à partir de la structure de la population au recensement canadien de 1991. Les causes de décès sont codées d'après la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision : maladies cardiovasculaires principales [I00-I78], diabète sucré [E10-E14] et certaines tumeurs malignes [C18-C21, C25, C50, C64, C65].

dyslipidémie. Quant à la question de savoir si les taux d'obésité à la hausse au sein de la population modifieront cette tendance à la baisse, la réponse demeure incertaine [21].

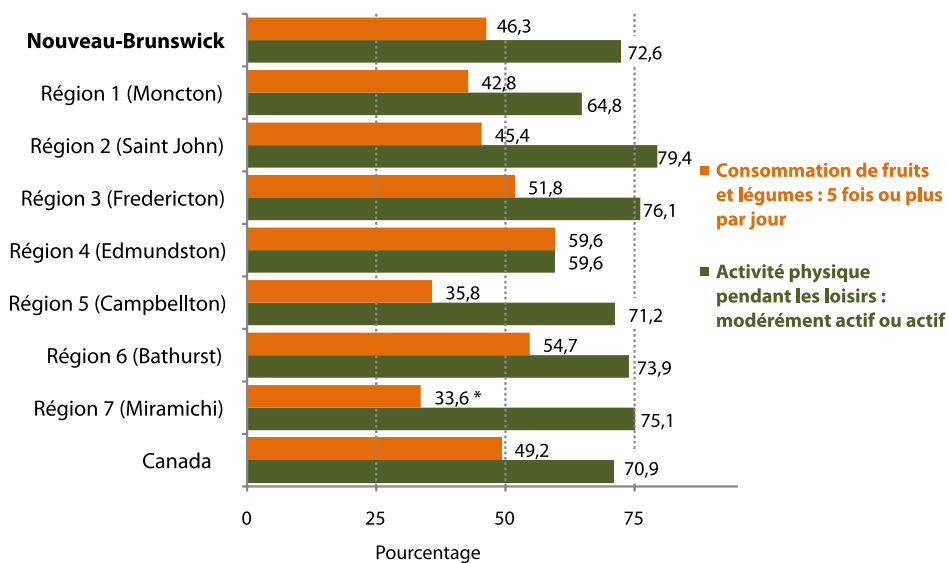
## Facteurs qui contribuent à l'embonpoint et à l'obésité

L'embonpoint et l'obésité sont étroitement liés au régime alimentaire et à l'inactivité physique, mais sont aussi déterminés par des facteurs distaux comme le statut socioéconomique, l'ethnicité et les caractéristiques de la collectivité [1]. L'amélioration de l'alimentation et la hausse du niveau d'activité physique chez les enfants et les adolescents néo-brunswickois font partie des principaux buts de la stratégie du mieux-être de la province [22] et correspondent à la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire le fardeau des maladies non transmissibles [9]. C'est un fait documenté que les jeunes qui mangent des fruits et des légumes plus fréquemment ont moins de probabilité d'avoir un surplus de poids ou d'être obèses [7]. Comme on peut

le voir à la figure 5, moins de la moitié (46,3 p. 100) des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick mangent des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour si l'on se fie aux données de l'ESCC de 2009-2010. C'est la région 7 (région de Miramichi) qui connaît le pourcentage le plus bas à 33,6 p. 100, soit un résultat considérablement inférieur au taux national de 49,2 p. 100 ( $p < 0,05$ ) [4].

Les dernières conclusions du Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick révèlent d'autres marqueurs d'une mauvaise alimentation. En 2009-2010, une majorité d'élèves de la 6<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année déclaraient avoir mangé des bonbons, du chocolat ou autres sucreries (73 p. 100) ou avoir bu des boissons sucrées non nutritives comme des boissons gazeuses (62 p. 100) la veille du sondage. De nombreux élèves (21 p. 100) ont déclaré boire des boissons sucrées non nutritives trois fois ou plus par jour [23]. En 2010-2011, parmi les élèves de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année, 75 p. 100 ont déclaré avoir mangé des bonbons, des sucreries, des croustilles ou des frites et 56 p. 100, avoir bu des boissons

Figure 5 : Alimentation et activité physique chez les enfants et les jeunes de 12 à 19 ans, selon la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, Canada, 2009-2010



**Source:** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010* (cycles annuels combinés).

**Remarque :** L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport au taux canadien ( $p < 0,05$ ).

Les données sur la consommation de fruits et de légumes sont fondées sur les déclarations des répondants quant aux aliments qu'ils consomment habituellement à la maison et à l'extérieur de la maison. Les données sur l'activité physique concernent les activités effectuées pendant les heures de loisirs et qui ne sont donc pas liées au travail ou à l'école.

sucrées non nutritives la veille du sondage (19 p. 100 ont par ailleurs indiqué le faire trois fois ou plus par jour) [24]. On ne dispose toutefois d'aucune information sur la taille des portions.

Certaines études ont montré que l'activité physique pouvait prévenir l'obésité chez les enfants et les adolescents. D'autres n'ont abouti à aucune conclusion, probablement en raison de la difficulté à mesurer la dépense d'énergie globale découlant des activités quotidiennes habituelles dans le cadre d'un sondage [7]. Il est généralement reconnu que la diminution du niveau d'activité physique chez certaines populations repose en partie sur des changements de mode de vie par lesquels les gens passent de moins en moins de temps à faire de l'activité physique

dans leurs loisirs et adoptent des comportements de plus en plus sédentaires à la maison, à l'école et au travail. D'après l'ESCC de 2009-2010, 72,6 p. 100 des enfants et des jeunes néo-brunswickois déclaraient faire de l'activité physique tous les jours dans le cadre de leurs loisirs (c'est-à-dire, à part les activités qu'ils mènent à l'école et au travail), ce qui correspond à peu près au taux national (70,9 p. 100) (figure 5). Si l'on se fie aux conclusions du Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick, 57 p. 100 des élèves de la 6<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année ont déclaré faire au moins une heure d'activité physique d'intensité moyenne à élevée par jour [23], comme le recommande l'Agence de la santé publique du Canada [25]. De plus, 39 p. 100 ont déclaré participer à des sports de compétition et 37 p. 100, à des

activités non compétitives organisées par leur école [23]. Parmi les élèves de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année, 77 p. 100 ont déclaré faire de l'activité physique avant l'école, à la récréation ou à l'heure du midi et 58 p. 100, tout de suite après l'école [24]. En revanche, 60 p. 100 des élèves de la 6<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année et 75 p. 100 des élèves de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année passent habituellement plus de deux heures par jour à faire des activités sédentaires routinières telles que regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo et se servir d'un ordinateur (à des fins autres que pour l'école) [23, 24].

L'alimentation des bébés peut aussi influencer sur leur santé et leur développement pendant l'enfance et à l'âge adulte, à commencer par l'allaitement maternel qui contribue à leur croissance physique optimale [9, 26]. D'après les conclusions issues de méta-analyses d'études épidémiologiques, l'allaitement maternel réduit modérément le risque d'obésité pendant l'enfance et plus tard dans la vie [27-29]. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'adoption de l'allaitement maternel était de 76 p. 100 en 2011, ce qui constitue une amélioration par rapport au taux de 70 p. 100 relevé huit ans plus tôt (figure 6). Ce taux variait quelque peu d'une région sanitaire à l'autre, les régions 3 et 6 (les régions de Fredericton et de Bathurst, respectivement) occupant les deux premiers rangs et la région 7 (région de Miramichi) arrivant bonne dernière. Selon une étude provinciale sur les tendances en matière d'alimentation des nourrissons, le taux d'allaitement exclusif (c'est-à-dire, le lait maternel seulement, sans autre

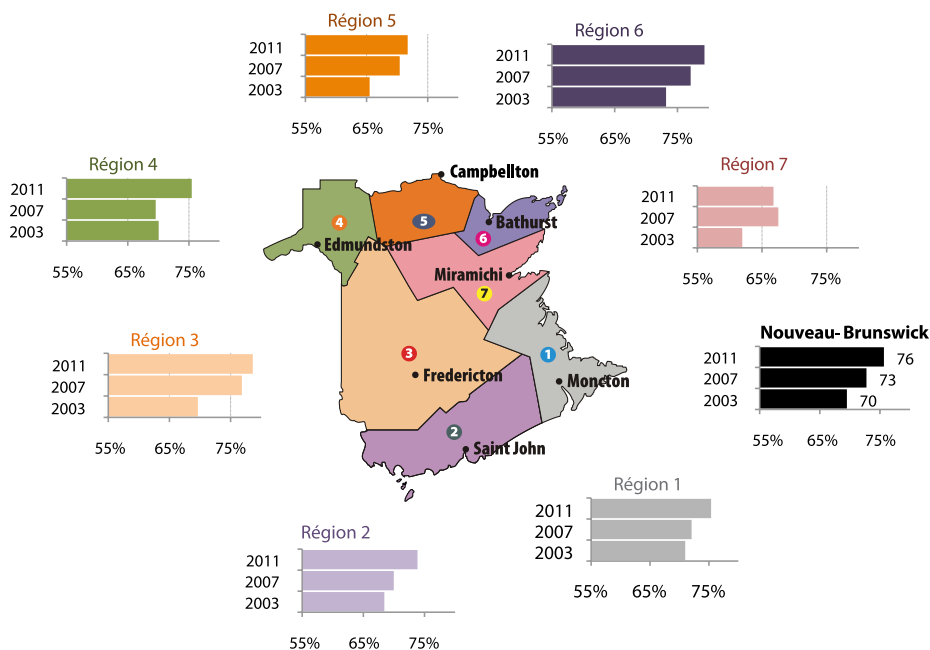
aliment ou liquide) chez les nouveau-nés dans les hôpitaux dépassait à peine la moitié du taux d'adoption de l'allaitement maternel [30]. D'après les conclusions de l'ESCC de 2009-2010, le taux d'allaitement exclusif à six mois, soit l'âge jusqu'auquel on le recommande pour les bébés en santé et nés à terme, était de 19 p. 100 au Nouveau-Brunswick, ce qui est beaucoup moins que la moyenne nationale de 26 p. 100 ( $p < 0,05$ ) [4].

Quoique la cause fondamentale de l'obésité et de l'embonpoint réside dans un déséquilibre entre les calories absorbées et les calories brûlées, on a constaté à l'échelle mondiale une hausse de la consommation d'aliments à très haute teneur en énergie, mais faibles en nutriments (aliments qui contiennent souvent beaucoup de matières grasses et de sucre) et une diminution des niveaux d'activité physique. Ces changements sont associés à d'autres changements sociétaux et environnementaux de plus grande envergure : dans

le système alimentaire mondial, on produit davantage d'aliments transformés qui sont peu coûteux et qui sont commercialisés efficacement, et les personnes adoptent de plus en plus un mode de vie sédentaire en raison de la nature de nombreux types d'emplois, des changements dans les moyens de transport et de l'augmentation de l'urbanisation [3, 31]. L'obésité touche les populations de partout dans le monde. Les données scientifiques indiquent que, dans les pays développés, l'obésité a tendance à être plus fréquente chez les groupes défavorisés [31]. Les auteurs de nombre d'études canadiennes ont décrit une prévalence supérieure de l'obésité chez les adultes ayant un faible niveau d'éducation, chez les habitants des régions rurales et dans les populations autochtones [1, 8]. Les résultats des études portant sur les liens entre l'obésité et le statut socioéconomique des enfants ont certes été divergents, mais il a été constaté, dans le cadre d'une enquête, que les enfants et les adolescents des ménages canadiens où aucun des membres n'a un niveau d'instruction supérieur aux études secondaires avaient plus de probabilité d'être en surpoids ou obèses comparativement à ceux des ménages où au moins un des membres est titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires [7]. Les données du recensement de 2006 révèlent que le Nouveau-Brunswick, parmi toutes les provinces, compte la plus petite proportion de membres de la population d'âge actif (de 25 à 64 ans) ayant terminé une forme quelconque d'études postsecondaires [5]. Ces données montrent également que, bien qu'il augmente au fil du temps, le revenu familial médian au Nouveau-Brunswick demeure inférieur à la médiane nationale. On observe une association entre, d'une part, un faible revenu et, d'autre part, l'insécurité alimentaire et l'accès inégal à des aliments nutritifs en quantité suffisante pour répondre aux besoins alimentaires afin de mener une vie active et en santé [26].

Les connaissances scientifiques sur l'embonpoint et l'obésité continuent d'évoluer et demeurent incomplètes [1]. Bien que les tendances concernées soient complexes et que les facteurs

Figure 6: Tendances des taux d'adoption de l'allaitement maternel, selon la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2011



**Source :** Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à partir des données de l'Évaluation des priorités de Santé publique.

**Remarque :** Les données renvoient à la première méthode d'alimentation des nouveau-nés dans les hôpitaux, enregistrée dans des dossiers administratifs sur la santé qui couvrent l'exercice financier, dans le cadre d'un programme de dépistage universel.

de risque soient interreliés, les données et les preuves les plus récentes livrent des renseignements précieux sur le problème, tant au Nouveau-Brunswick que sur la scène nationale et internationale. Pour prévenir un gain de poids excessif pendant toute la durée de la vie, il faut une combinaison de stratégies et de mécanismes de collaboration qui influent sur les nombreux facteurs sociétaux, biologiques et liés au mode de vie qui agissent souvent de concert les uns avec les autres [32]. Beaucoup de politiques et de stratégies prometteuses de prévention de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes visent à modifier l'environnement alimentaire (y compris les restaurants et les détaillants en alimentation ainsi que les lieux de travail, les écoles et les garderies), le milieu bâti (les collectivités conçues de manière à favoriser l'activité physique) et le milieu socioéconomique (les inégalités en matière de santé étant liées au degré d'inégalité sociale relative) qui contribuent aux environnements obésogènes. Les données prouvent clairement qu'une fois l'obésité établie pendant l'enfance, il est difficile d'inverser la tendance, et cet état se poursuit jusqu'à l'âge adulte [33]. Les stratégies qui ont réussi à prévenir l'obésité chez les enfants sont fondées en grande partie sur l'instauration de soutien, au bénéfice de tous les enfants, destiné à les aider à augmenter leur consommation d'aliments sains et à être actifs au quotidien, que ce soit à la maison, à l'école, à la garderie, dans le système de santé ou, à plus grande ampleur, dans la collectivité, afin d'obtenir des résultats durables à long terme [1, 3, 33, 34].

### Éléments clés

- En 2009-2010, au Nouveau-Brunswick, 63 p. 100 des adultes et 24 p. 100 des enfants et des jeunes avaient un surplus de poids ou étaient obèses.
- Les niveaux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes étaient semblables au Nouveau-Brunswick et au Canada en général et sont demeurés assez stables entre 2005 et 2010, mais les tendances étaient différentes pour les groupes d'âge adulte.
- Le taux d'obésité chez les adultes néo-brunswickois était considérablement plus élevé que la moyenne nationale, et ce, même après la prise en compte des différences dans la structure par âge de la population.
- Moins de la moitié des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick consommaient des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour en 2009-2010, et moins des trois quarts faisaient de l'activité physique au quotidien dans leurs loisirs.
- Le taux d'allaitement maternel des nouveau-nés, déterminant important de la croissance physique optimale pendant l'enfance et plus tard dans la vie, a augmenté entre 2003 et 2011 au Nouveau-Brunswick; en revanche, la prévalence de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois est demeurée inférieure à la moyenne nationale.
- Pour prévenir l'embonpoint et l'obésité, il faut agir non seulement sur les facteurs de risque personnels, mais aussi sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes qui peuvent contribuer à modifier la prévalence de l'obésité à l'échelle de la population.

## Notes techniques

Les données sur l'embonpoint et l'obésité pour le Nouveau-Brunswick et le Canada exposées dans le présent rapport étaient principalement fondées sur les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui est réalisée de façon périodique par Statistique Canada depuis 2000-2001. L'ESCC cible tous les Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus. Sa couverture est de l'ordre de 98 p. 100 dans les provinces; sont exclus les personnes résidant dans un établissement, les habitants des terres des Premières Nations, des terres de la Couronne et de certaines régions éloignées ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes. Cette enquête vise à produire des estimations fiables portant sur les principaux indicateurs de la santé de la population à l'échelle intraprovinciale des régions sanitaires. Depuis 2007, l'ESCC est réalisée tous les ans; auparavant, les données étaient recueillies auprès d'un échantillon plus vaste de répondants tous les deux ans. Afin d'obtenir des estimations plus précises pour les populations plus restreintes, nous avons fondé la plupart des analyses du présent rapport sur les données regroupées des échantillons de 2009 et de 2010.

Les catégories « embonpoint » et « obèse » ont été créées à partir de l'IMC, qui est calculé selon la formule suivante : poids (en kilogrammes), divisé par la hauteur (en mètres) au carré. Si l'on s'appuie sur les normes internationales élaborées par l'Organisation mondiale de la Santé, un adulte de 18 ans et plus (à l'exception des femmes enceintes) dont l'IMC se situe entre 25,0 et 29,9 kg/m<sup>2</sup> est considéré comme en surpoids et celui dont l'IMC est de 30,0 kg/m<sup>2</sup> ou plus est considéré comme obèse. Depuis 2005, les catégories « embonpoint » et « obèse » pour les enfants et les jeunes ont été créées à partir de seuils établis sur les courbes en centiles de l'IMC, fixés par le Groupe de travail international sur l'obésité (International Obesity Taskforce) – ce que l'on appelle aussi la méthode Cole –, en fonction d'intervalles précis selon l'âge et le sexe [1, 3, 7].

Dans les derniers cycles de l'ESCC, ce sont la taille et le poids déclarés par les répondants qui ont servi à calculer l'IMC, ce qui pourrait mener à une sous-estimation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents et les adultes [7]. La dernière fois que la taille et le poids

ont été mesurés directement auprès d'un échantillon d'enfants, d'adolescents et d'adultes de partout au Canada et que cette mesure a mené à des conclusions représentatives à l'échelon provincial était en 2004, dans le cadre du cycle de l'ESCC axé sur la nutrition.

Le système de classification selon l'IMC est largement utilisé pour surveiller la prévalence de l'obésité par le classement des individus dans des catégories de poids fondées sur le risque pour la santé. Il existe d'autres indicateurs de l'adiposité, mais il est plus compliqué de recueillir les données qui servent à les mesurer dans les enquêtes sur la population de grande envergure. Des analyses montrent une corrélation élevée entre l'IMC et certains autres indicateurs, notamment le tour de taille, ce qui porte à croire que l'IMC est un bon indicateur pour évaluer les facteurs de risque de maladie liés à l'obésité [35].

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *Obésité au Canada*, Ottawa, 2011.
2. M. S. Tremblay, P. T. Katzmarzyk et J. D. Willms, « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity*, vol. 26, n° 4 (2002), p. 538-543.
3. Organisation mondiale de la Santé, *Obésité et surpoids*, coll. « Aide-mémoire », no 311, mai 2012, Genève, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>>, consulté le 22 mai 2012.
4. Statistique Canada, *Tableau 105-0502 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2011) et groupes de régions homologues*, CANSIM (base de données en ligne), <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim>>, consulté le 20 avril 2012.
5. Nouveau-Brunswick, Ministère des Finances, *Faits saillants du Recensement de 2006* (en ligne), Fredericton, <<http://www.gnb.ca/0160/Economics/Census-f.asp>>, consulté le 20 avril 2012.
6. Statistique Canada, *Tableau 105-0503 : Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim>>, consulté le 23 avril 2012.
7. M. Shields, *Obésité mesurée : L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*, coll. « Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », no 1, Ottawa, Statistique Canada, 2007 <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241445-fra.pdf>>.
8. E. S. Ford et A. H. Mokdad, « Epidemiology of obesity in the Western Hemisphere », *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 93, n° 11 (2008), p. s1-s8.
9. Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Genève, 2004.
10. G. A. Davies et coll., « Obésité et grossesse », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 32, n° 2 (2010), p. 174-184.
11. F. Galtier-Dereure, C. Boegner et J. Bringer, « Obesity and pregnancy: complications and cost », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 71, n° 5 (2000), p. 1242S-1248S.
12. P. T. Katzmarzyk et C. I. Ardern, « Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985-2000 », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 1 (2004), p. 16-20.
13. H. N. Sweeting, « Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence », *Nutrition Journal*, vol. 7, n° 1 (2008), <<http://www.nutritionj.com/content/7/1/1>>.
14. J. J. Reilly et J. Kelly, « Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review », *International Journal of Obesity*, vol. 35, n° 7 (2011), p. 891-898.
15. Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa, 2011.
16. Nouveau-Brunswick, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *Le diabète au Nouveau-Brunswick : 1998-2007*, Fredericton, 2010, <[http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes\\_report\\_1998-2007-f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf)>.
17. Service Nouveau-Brunswick, « Rapports sur les Statistiques de l'état civil : Statistiques annuelles » (en ligne), Fredericton, 2010, <<http://www.snb.ca/f/1000/1000-01/f/annual-f.asp>>, consulté le 23 avril 2012.
18. H. M. Orpana et coll., « BMI and mortality: results from a national longitudinal study of Canadian adults », *Obesity*, vol. 18, n° 1 (2010), p. 214-218.
19. P. T. Katzmarzyk et coll., « Body mass index and risk of cardiovascular disease, cancer and all-cause mortality », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 103, n° 2 (2012), p. 147-151.



20. Statistique Canada, *Tableau 102-0552 : Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, CANSIM* (base de données en ligne), <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim>>, consulté le 23 avril 2012.
21. Agence de santé publique du Canada, *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, 2009.
22. Nouveau-Brunswick, Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, *Vivre bien, être bien : la stratégie du mieux-être du Nouveau Brunswick 2009-2013*, Fredericton, 2009.
23. Nouveau-Brunswick, Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, *Sondage sur le mieux-être des élèves du N.-B. (6<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> année) – Fiche d'information 2009-2010 : Poids santé et modes de vie*, Fredericton, 2011.
24. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Culture, du Tourisme et de la Vie saine, *Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick (maternelle - 5<sup>e</sup> année) – Fiche de renseignements provinciale 2010-2011 : Poids santé et modes de vie*, Fredericton, 2012.
25. Agence de santé publique du Canada, *Rapport final – Consultation nationale sur les lignes directrices en matière d'activité physique*, Ottawa, 2011.
26. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Cadre d'intervention pour une saine alimentation publique 2012-2016*, Fredericton, 2012 (sous presse).
27. B. L. Horta et coll., *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
28. C. G. Owen et coll., « Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence », *Pediatrics*, vol. 115, n° 5 (2005), p. 1367-1377.
29. 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.
30. G. B. Storr et C. Galvin, *Modes d'alimentation des nourrissons au Nouveau Brunswick : expériences des mères relativement aux pratiques amies des bébés*, Fredericton, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2010.
31. B. A. Swinburn et coll., « The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments », *The Lancet*, vol. 378, n° 9793 (2011), p. 804-814.
32. S. T. St. Jeor et coll., « Obesity, a worldwide epidemic related to heart disease and stroke: age-dependent risk factors for obesity and comorbidities », *Circulation*, vol. 110 (2004), p. e471-e475.
33. E. Waters et coll., « Interventions for preventing obesity in children », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12, The Cochrane Collaboration, 2011, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/pdf>>.
34. R. S. M. Chan et J. Woo, « Prevention of overweight and obesity: how effective is the current public health approach », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 7, n° 3 (2010), p. 765-783.
35. M. Shields et coll., « Obésité abdominale et facteurs de risque de maladie cardiovasculaire à l'intérieur des catégories d'indice de masse corporelle », *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 2, Ottawa, Statistique Canada, 2012.

## **Pour d'autres renseignements et ressources en lien avec le poids santé à l'intention des individus, des familles, des professionnels de la santé et des organisations, consulter les sites Web ci-dessous :**

*Votre santé et vous : Obésité* (Santé Canada) : <http://hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.php>

*Protéger votre enfant contre les risques d'obésité* (Santé Canada) : <http://www.canadiensante.gc.ca/init/kids-enfants/obesit/index-fra.php>

Childhood Obesity Foundation : <http://www.childhoodobesityfoundation.ca>

*Notre santé, notre avenir : dialogue national sur le poids santé* : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ohof-nsna/index-fra.php>

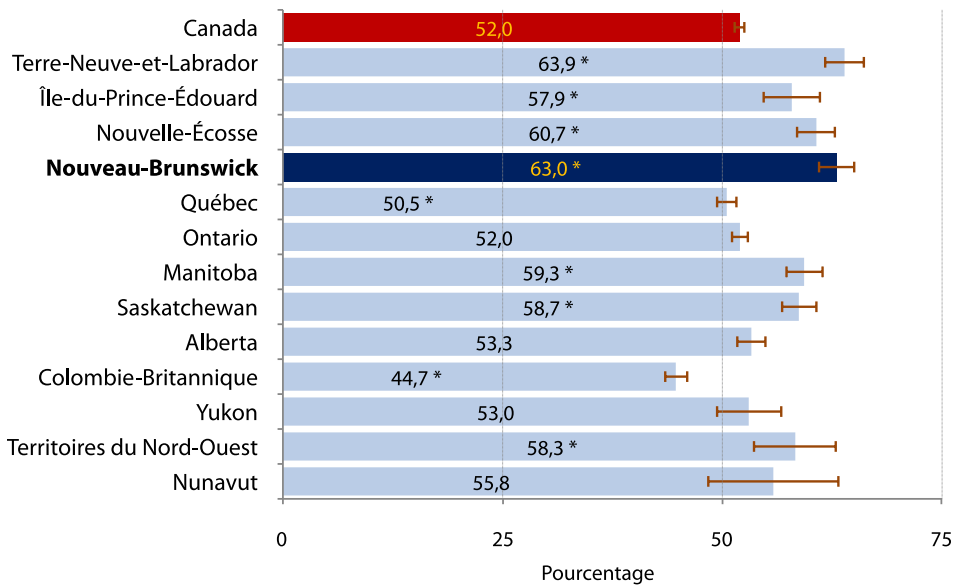
*Clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children* (Association médicale canadienne) : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1>

Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick : <http://csaap.ca/>

Canadian Obesity Network : <http://www.obesitynetwork.ca/>

## Annexe : L'embonpoint et l'obésité au Nouveau-Brunswick, au Canada et dans le monde

Figure A.1 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes de 18 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2009-2010

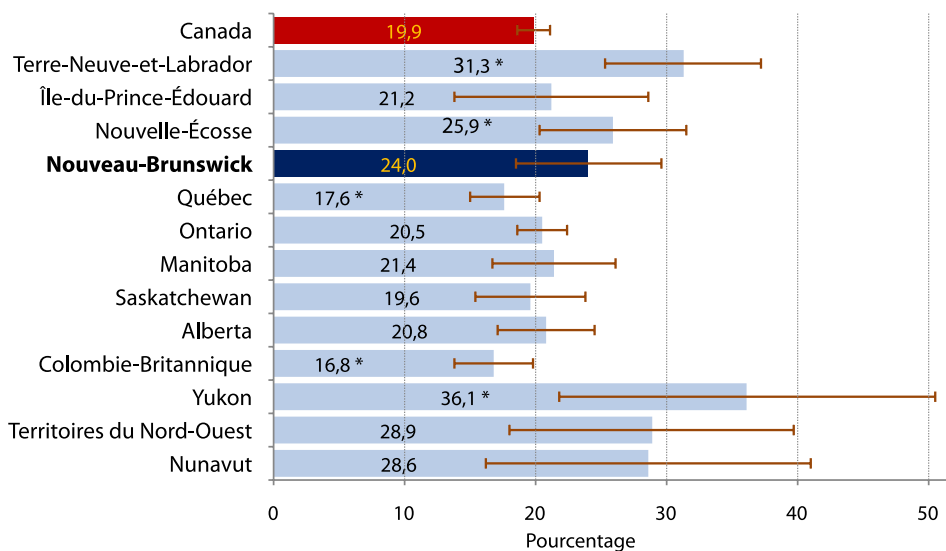


**Source :** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010* (cycles annuels combinés).

**Remarque :** L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport au taux canadien ( $p < 0,05$ ).

Les données sont fondées sur la taille et le poids déclarés par les répondants et classés en fonction du risque pour la santé compte tenu des seuils de l'indice de masse corporelle acceptés à l'échelle internationale (excluant les femmes enceintes). Les lignes horizontales figurant dans le diagramme représentent les intervalles de confiance à 95 p. 100 pour chacun des taux.

Figure A.2 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes de 12 à 17 ans, Canada, provinces et territoires, 2009-2010

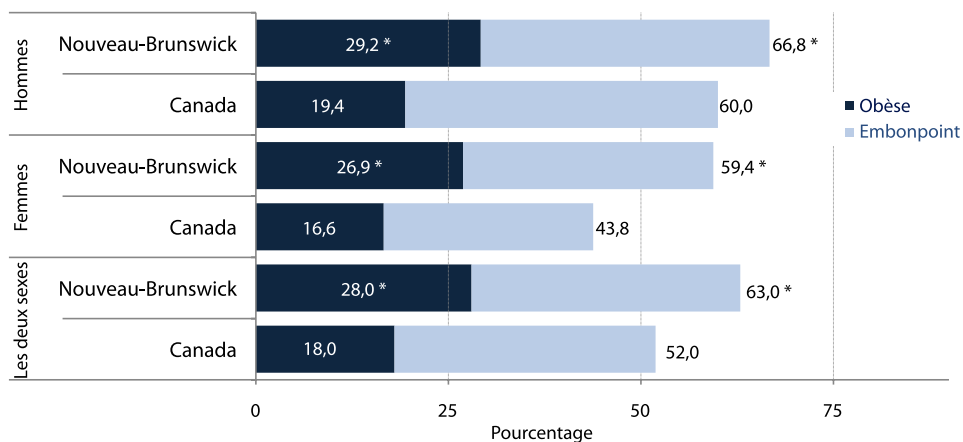


**Source :** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010* (cycles annuels combinés).

**Remarque :** L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport au taux canadien ( $p < 0,05$ ).

Les données sont fondées sur la taille et le poids déclarés par les répondants et classés en fonction du risque pour la santé selon le sexe et l'âge compte tenu des seuils de l'indice de masse corporelle. Les lignes horizontales figurant dans le diagramme représentent les intervalles de confiance à 95 p. 100 pour chacun des taux.

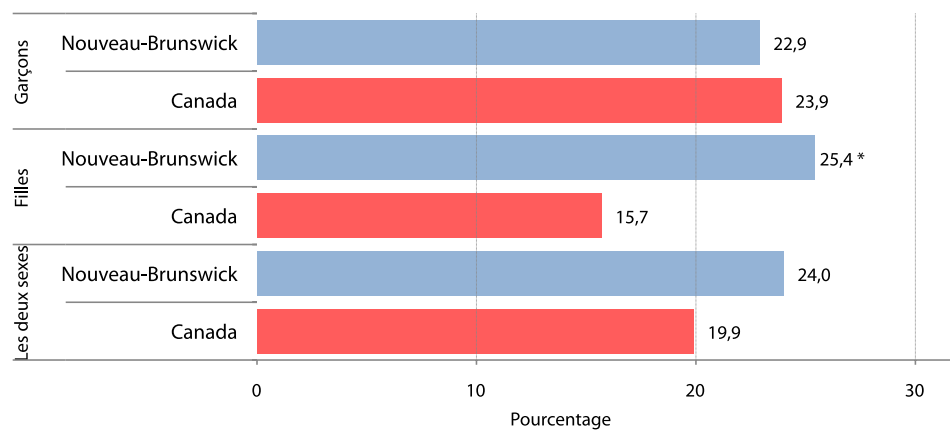
Figure A.3 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes de 18 ans et plus, selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 2009-2010



**Source:** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010* (cycles annuels combinés).

**Remarque :** L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport au taux canadien ( $p < 0,05$ ).

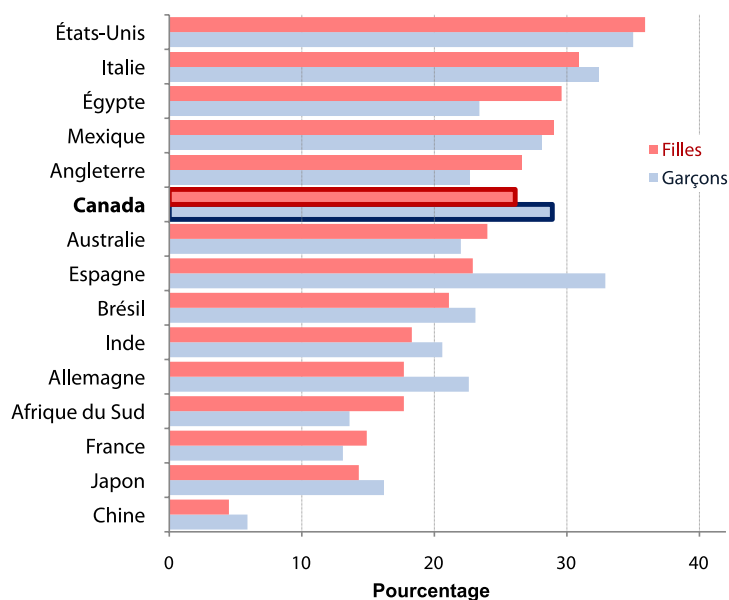
Figure A.4 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes de 12 à 17 ans, selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 2009-2010



**Source:** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010* (cycles annuels combinés).

**Remarque :** L'astérisque (\*) désigne un taux statistiquement différent par rapport au taux canadien ( $p < 0,05$ ).

Figure A.5 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes, selon le sexe, dans certains pays



**Source:** Association internationale pour l'étude de l'obésité, *données sur la prévalence : taux d'embonpoint chez les enfants dans le monde* ([www.iaso.org/publications/trackingobesity](http://www.iaso.org/publications/trackingobesity)).

**Remarque :** Les données proviennent de diverses sources nationales et renvoient à différents groupes d'âge parmi les enfants de 2 à 17 ans et à différentes périodes de référence comprises entre 2000 et 2008. Les taux pour le Canada visent les enfants et les jeunes de 6 à 17 ans, d'après les données de 2004.

Bureau du médecin-hygiéniste en chef, Pratique en santé publique et santé de la population,  
Ministère de la Santé, case postale 5100, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8  
[www.gnb.ca/santepublique](http://www.gnb.ca/santepublique)