

Vers un Canada plus sain – Exposé



Présentation

En 2010, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain (à l'exception du Québecⁱ) ont approuvé le document intitulé *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité, Déclaration sur la prévention et la promotion* (Déclaration) qui présente une vision partagée pour faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des incapacités et des blessures une priorité d'action. La même année, les ministres ont approuvé le document intitulé *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé* (le Cadre), qui constitue la première mesure concrète découlant de la Déclaration et fait de l'obésité juvénile (et du poids santé) une priorité.

Le présent exposé des faits a été préparé dans le cadre du Rapport électronique de 2017 sur le poids santé approuvé par les ministres de la Santé et des Modes de vie sains et des ministres du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs FPT en 2017. Le but de l'exposé est de mettre en évidence les données/renseignements disponibles les plus récents sur un ensemble d'indicateurs nationaux liés aux poids santé. Ces indicateurs fournissent des renseignements sur le poids santé, l'activité physique et une saine alimentation ainsi que des renseignements sur les milieux physiques et sociaux dans lesquels vivent, s'instruisent et jouent les enfants. Ce rapport fournit un aperçu de l'état actuel de ces indicateurs et explore les tendances possibles des dernières années.

Un système complexe de facteurs inter reliés – biologiques, comportementaux, sociaux, psychologiques, technologiques, environnementaux, économiques et culturels – est responsable de l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité. On retrouve ces facteurs à tous les niveaux – chez les personnes, les familles ainsi que dans l'ensemble de la société.

ⁱ Le Québec appuie les objectifs généraux du Cadre, mais rejette une stratégie pancanadienne dans un domaine qui relève de sa compétence. Le Québec demeure le seul responsable de l'élaboration, de l'exécution et de la diffusion des programmes qui promeuvent des modes de vie sains sur son territoire. Toutefois, le Québec prévoit continuer d'échanger de l'information et des pratiques exemplaires avec les autres gouvernements canadiens.

POINTS SAILLANTS

- Le Canada est confronté à un grave problème : les taux de surpoids et d'obésité juvéniles demeurent élevés et stables.
- Un enfant ou jeune sur trois souffre de surpoids ou d'obésité.
- 37,6 % des enfants et des jeunes répondent aux recommandations actuelles d'activité physique.
- 44,6 % des enfants et des jeunes déclarent consommer des fruits ou des légumes au moins cinq fois par jour.
- Les enfants du groupe dont le revenu du ménage est le plus faible sont nettement moins actifs physiquement que les enfants du groupe dont le revenu du ménage est le plus élevé.
- De plus faibles proportions d'enfants issus de groupes culturels et raciaux minoritaires, en particulier ceux d'origine latino-américaine et Sud-est asiatique, étaient physiquement actifs par rapport aux enfants identifiés comme étant des Blancs.
- Les enfants des Premières Nations vivants hors réserve, de même que les enfants inuits et métis, ont des niveaux d'activité physique semblables à ceux des enfants non autochtones.
- Les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, de même que les enfants inuits et métis, vivent davantage d'insécurité alimentaire que les enfants non autochtones.
- Les conditions dans lesquelles les Canadiens vivent, étudient, travaillent et jouent ont une profonde incidence sur leur état de santé futur.

Les écarts importants et souvent injustes entre les groupes de Canadiens en ce qui a trait à de nombreux problèmes de santé, y compris l'obésité juvénile et ses facteurs de risque, peuvent également être liés à des facteurs sociaux comme le statut socioéconomique, la marginalisation et l'exclusion sociale. C'est pourquoi ce rapport électronique examine également

les principales inégalités en santé dans les domaines de l'obésité juvénile, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, l'allaitement maternel et l'insécurité alimentaire. À partir de renseignements tirés de l'[Outil de données sur les inégalités en santé](#), une nouvelle ressource de données FPT, ces indicateurs sont ventilés selon les groupes clés de la population (p. ex., le revenu, les populations autochtones, et les antécédents culturels et raciaux) pour illustrer l'étendue et la profondeur des inégalités liées à l'obésité chez les enfants au Canada.

Cet exposé des faits complète les données présentées dans le rapport électronique. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter les tableaux de données ou le résumé graphique du [Rapport d'étape électronique 2017 sur la promotion du cadre fédéral, provincial et territorial sur le poids santé](#).

Contexte : Données et indicateurs

En 2013, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) de même que des experts de partout au pays se sont entendus sur un ensemble d'indicateurs nationaux devant faire l'objet d'un rapport tous les deux ans. Ces indicateurs ont été choisis en fonction de trois critères :

- > les données probantes qui les relient au surpoids ou à l'obésité juvéniles ou leur contribution à la réalisation ou au maintien d'un poids santé;
- > leur alignement sur les stratégies (p. ex. mesurer les progrès collectifs et rendre compte des résultats) de *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé* (Cadre); et
- > la disponibilité des sources de données nationales pour en faire rapport.

Réunir de l'information sur les nombreux facteurs qui influent sur l'obésité juvénile et sur le poids santé peut aider à informer et à trouver des moyens de faciliter le changement. De nombreux facteurs contribuent à l'obésité juvénile. La surveillance des indicateurs clés fournit les piliers de la recherche, des politiques et des programmes. La collecte et l'analyse de données appropriées et la production de rapports contribuent à l'acquisition de données probantes permettant une meilleure prise de décisions. Le fait d'avoir de l'information sur les différents facteurs qui influent sur l'atteinte d'un poids santé est important pour mieux comprendre le problème et concevoir des interventions pertinentes.

L'examen de l'équité en santé et des déterminants de la santé est important pour améliorer la santé de la population, afin de s'assurer que les conditions qui favorisent la santé sont réparties équitablement et de comprendre comment les politiques et les programmes peuvent être ciblés pour combler les lacunes. Les gouvernements FPT ont intégré une lentille sur l'inégalité en santé au rapport électronique de cette année, qui comprend des données sur les inégalités pour un sous-ensemble des indicateurs nationaux.

Poids santé

L'obésité juvénile peut engendrer plusieurs problèmes de santé et de problèmes d'ordre social chez l'enfant en plus de contribuer à l'apparition de problèmes de santé plus tard dans la vie. Des études ont démontré que les enfants qui souffrent d'embonpoint ou sont obèses présentent des taux élevés de facteurs prédictifs de maladies chroniques, notamment une tension artérielle élevée, l'hypercholestérolémie, et une glycémie élevée.(1–4) Maintenant, des problèmes de santé qui étaient auparavant observés seulement chez les adultes, comme l'hypertension artérielle et le diabète de type 2, touchent également les enfants et les jeunes.

De plus, les enfants qui souffrent de surpoids ou d'obésité au cours de la petite enfance sont beaucoup plus susceptibles de souffrir de surpoids ou d'obésité à l'adolescence et à l'âge adulte, avec tous les problèmes de santé que cela entraîne. Les indicateurs de statut pondéral fournissent des renseignements sur la répartition des problèmes de surpoids et d'obésité observés chez les enfants et les jeunes à travers la population canadienne.

Les taux de poids malsains observés chez les enfants ont augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières décennies, mais sont restés stables au cours des dernières années; actuellement, plus d'un enfant ou jeune sur trois souffre d'embonpoint ou d'obésité. Les taux de surpoids et d'obésité sont semblables chez les garçons et les filles.

Activité physique

L'activité physique joue un rôle essentiel par rapport à la santé, au bien-être et à la qualité de vie de la population canadienne. Les personnes qui ont un mode de vie actif vivent longtemps et en santé. Les gens actifs sont plus productifs et plus susceptibles d'éviter les maladies et les blessures. L'activité

physique régulière au cours de l'enfance développe la forme cardiovasculaire, la force et la densité osseuse et aide à prévenir les maladies chroniques comme le cancer, le diabète de type 2 et les maladies cardiaques plus tard dans la vie.

Les ministres responsables du sport, de l'activité physique et des loisirs (SAPL) poursuivent leurs efforts afin d'établir une vision commune de l'activité physique. Une fois terminé, ce cadre stratégique fédéral, provincial et territorial visera à accroître l'activité physique et à réduire les comportements sédentaires des Canadiens. La vision commune ainsi établie pourra être utilisée par tous les secteurs dont l'intérêt ou la responsabilité est de lutter contre la sédentarité des Canadiens et de promouvoir l'activité physique tout au long de la vie, peu importe la forme, le genre et le niveau d'intensité, notamment par le sport et les loisirs.

L'activité physique est inversement liée au niveau d'obésité et constitue un facteur de risque indépendant pour de nombreuses maladies chroniques. Le suivi exhaustif des modèles d'activité physique devrait tenir compte de la fréquence, de l'intensité, de la durée et des types d'activités entreprises par les enfants. En conséquence, une variété d'indicateurs ont été présentés dans les deux rapports électroniques précédents sur le poids santé (2013 et 2015) afin de suivre les tendances en matière d'activité physique et de comportement sédentaire, y compris les indicateurs de jeu actif, organisé, sportif, l'éducation physique, le transport actif et les temps d'écran.

Les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes* ont été publiées en 2016, et comprennent des recommandations pour obtenir le nombre approprié d'heures d'activité physique, de comportement sédentaire (temps passé devant un écran) et de sommeil dont les enfants et les jeunes ont besoin afin d'obtenir des avantages pour la santé. (5) Ces directives remplacent les *Directives en matière d'activité physique chez les enfants et les jeunes* et les *Directives en matière de comportement sédentaire chez les enfants et les jeunes* de 2011. Elles fournissent également les premières recommandations canadiennes sur le sommeil pour les enfants et les jeunes. Afin de se conformer aux recommandations des nouvelles *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes*, le rapport électronique de 2017 présente une version révisée des indicateurs de l'activité physique, des comportements sédentaires et du sommeil.

Les enfants s'engagent dans de nombreuses formes d'activité physique. Le jeu actif peut aider les enfants à atteindre les recommandations sur l'activité physique. Le « jeu actif » désigne une activité physique de niveau supérieur au niveau de repos et n'est généralement pas décrit comme « exercice » ou « sport ». Le jeu est différent de l'activité physique organisée en ce sens que l'activité n'est pas sous le contrôle des autres. Avec l'essor de la technologie, le jeu actif fait face à la concurrence des jeux informatiques et de la télévision. Les préoccupations des parents concernant la sécurité de leurs enfants représentent également un obstacle majeur au jeu actif chez les enfants en favorisant les activités qui peuvent être plus facilement supervisées, telles que les activités organisées et à l'intérieur. 52,1 % (2014–2015) des enfants (âgés de 6 à 11 ans) accumulent moins de 3 heures par semaine de jeu actif.

Les modes de transport actif, comme la marche ou le vélo, peuvent fournir aux enfants et aux jeunes d'excellentes occasions d'être actifs et d'accroître leur niveau d'activité physique globale. La recherche montre que les enfants et les jeunes qui utilisent un mode de transport actif pour aller à l'école sont plus susceptibles d'atteindre des niveaux journaliers d'activité physique plus élevés que ceux qui se déplacent en voiture ou en autobus. (6) De nombreux facteurs peuvent avoir une incidence sur le fait qu'un enfant utilise le transport actif pour aller à l'école et à d'autres endroits au sein de la communauté. Le nombre de jeunes (âgés de 11 à 15 ans) qui utilisent les déplacements actifs comme principale forme de transport pour aller à l'école a diminué de façon mesurable, passant de 32,5 % (2009–2010) à 25,6 % (2014), principalement en raison de la réduction de la proportion de jeunes qui déclarent marcher pour aller à l'écoleⁱⁱ. Ce déclin dans le transport actif a été observé chez les garçons et les filles. Bien que des proportions semblables de garçons et de filles continuent de déclarer qu'ils marchent pour aller à l'école (2014 : 23,6 % contre 23,3 %), les garçons tendent systématiquement à utiliser le vélo plus souvent que les filles pour aller à l'école (2014 : 3,6 % contre 0,8 %).

Même de petites augmentations de l'activité physique sont associées à des bénéfices pour la santé accrues. Des podomètres (pour mesurer le nombre de pas) et des accéléromètres (pour mesurer la quantité et l'intensité du mouvement) ont été utilisés pour mesurer objectivement l'activité physique totale

ⁱⁱ Il est trop tôt pour déterminer s'il s'agit d'une tendance étant donné qu'il n'y a que deux points de temps disponibles, l'enquête ECSEAS étant mise à jour tous les 4 ans.

et évaluer la proportion d'enfants et de jeunes qui répondent aux recommandations d'activité physique. Selon les données pour 2014–2015, 37,6 % des enfants et des jeunes Canadiens suivent les recommandations figurant dans les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes* en accumulant une moyenne d'au moins 60 minutes d'activité physique modérée à intense par jour mesurée à l'aide d'un accéléromètreⁱⁱⁱ. Les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à respecter ces recommandations (2014–2015 : 48,4 % contre 25,6 %). Cette moyenne a été stable au cours des dernières années, de même que la proportion d'enfants et de jeunes qui font au moins 12 000 pas par jour, comme mesuré à l'aide d'un podomètre.

Le sport est une composante majeure de l'activité physique pour de nombreux enfants et jeunes. Combinée à d'autres formes d'activité physique comme le transport actif, les travaux ménagers et le jeu actif, la pratique de sports aide les enfants à respecter les recommandations en matière d'activité physique. En outre, le sport a été lié à l'activité physique vigoureuse et à d'autres comportements positifs pour la santé. (7) Les enfants (âgés de 6 à 11 ans) s'adonnent en moyenne à deux heures d'activités physiques par semaine en dehors de l'école en suivant des cours ou en participant à des ligues sportives ou des sports d'équipe (2014–2015).

Les comportements sédentaires, comme regarder de la télévision, jouer à des jeux vidéo passifs et utiliser un ordinateur, ont été associés à des risques pour la santé, y compris l'obésité et une moins bonne forme physique. (8, 9) Cette association est indépendante de l'activité physique. Des recommandations précises de temps passé devant un écran sont incluses dans les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes*, et préconisent que les enfants et les jeunes âgés de 5 à 17 ans ne consacrent pas plus de 2 heures par jour (pas plus de 1 heure par jour pour les 3 à 5 ans) à des activités récréatives devant un écran et que leur temps en position assise pendant de longues périodes soit limité afin de réduire au minimum les risques pour la santé. En 2014–2015, 73,1 % des enfants et des jeunes (âgés de 3 à 17 ans) ont dépassé

ces recommandations pour le temps d'écran^{iv}, les garçons et les filles affichant des taux élevés (71,4 % et 74,9 % respectivement).

La période de temps après l'école a été reconnue comme une occasion importante de promouvoir l'activité physique, car il s'agit généralement d'un moment de la journée pendant lequel de nombreux jeunes Canadiens sont très sédentaires. Les obstacles comme la disponibilité des parents et une supervision limitée limitent souvent la possibilité pour les enfants plus jeunes de se livrer à des activités physiques pendant la période après l'école. Les données pour 2014–2015 indiquaient que les enfants (âgés de 6 à 19 ans) passaient en moyenne 9,2 minutes à exercer une activité physique modérée à intense entre 15 h et 17 h – une moyenne qui demeure stable. Bien que les garçons se livrent à plus d'activité physique modérée à intense durant cette période (10,3 minutes par rapport à 8,0 minutes chez les filles), les deux moyennes sont faibles.

Alimentation saine

Beaucoup de Canadiens ne suivent pas un mode d'alimentation sain dans le cadre d'un mode de vie sain. Une mauvaise alimentation est le principal facteur de risque de l'obésité et de nombreuses maladies chroniques; elle nuit grandement à la santé des Canadiens et représente un lourd fardeau pour notre système de santé. Dans l'environnement alimentaire actuel, les Canadiens ont du mal à effectuer des choix santé.

La consommation de légumes et de fruits a généralement servi d'indicateur d'alimentation saine en l'absence de mesures simples régulièrement disponibles pour évaluer l'« alimentation saine » dans la population canadienne. Manger des fruits et légumes au moins 5 fois par jour a été validé comme un bon indicateur global d'alimentation saine chez les Canadiens. La proportion d'enfants (âgés de 12 à 17 ans) déclarant avoir consommé des fruits ou des légumes au moins cinq fois par jour est de 44,6 % (2014), et les filles disent le faire plus souvent que les garçons (48,5 % contre 41,0 %).

ⁱⁱⁱ La mesure utilisée pour évaluer le niveau de l'activité physique au moyen d'un podomètre a été modifiée dans ce rapport électronique compte tenu des nouvelles recommandations d'activité physique publiées dans le cadre des *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures*.

^{iv} Étant donné qu'il y a eu une modification de la méthodologie d'enquête pour les données fournies en 2012–2013, il n'est pas possible de fournir une tendance.

Une alimentation saine est essentielle pour une croissance et un développement sains chez les enfants et est un facteur important dans le maintien d'un poids sain. Comme c'est le cas pour la plupart des enjeux, l'instauration des habitudes alimentaires dans l'enfance est importante pour l'établissement de comportements alimentaires sains pour la vie.

Le *Guide alimentaire canadien* recommande de prendre un petit-déjeuner tous les jours. Les études ont montré que le déjeuner contribue de manière significative à la qualité de l'alimentation dans son ensemble, notamment en assurant un apport adéquat d'éléments nutritifs, et que les personnes qui « sautent » le petit-déjeuner sont moins susceptibles de participer à des activités physiques. (10, 11) Les données probantes suggèrent que le risque de surpoids et d'obésité augmente chez les enfants et les jeunes qui ne déjeunent pas. Cette association est particulièrement forte pour les adolescents. (12) La proportion de jeunes (âgés de 11 à 15 ans) qui déclarent déjeuner en semaine, cinq jours par semaine reste stable à 59,5 % (2014), et les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à dire qu'ils déjeunent cinq jours par semaine.

Partout dans le monde, l'allaitement maternel est reconnu comme la méthode optimale d'alimentation du nourrisson en raison de ses effets bénéfiques sur la croissance, l'immunité et le développement cognitif du nourrisson. (13–16) Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Société canadienne de pédiatrie et les diététistes du Canada recommandent de commencer par l'allaitement et, plus important encore, de nourrir son enfant exclusivement au sein pendant ses six premiers mois de vie. Bien qu'un lien direct avec l'obésité juvénile demeure incertain, les données sur l'allaitement peuvent aider à évaluer l'exposition du nourrisson à des méthodes d'alimentation optimales et à orienter les activités de promotion de la santé, comme les programmes de soutien à l'allaitement pour les nouvelles mères. La proportion de femmes qui ont commencé par l'allaitement est stable, alors qu'il semble y avoir eu une légère augmentation de la proportion de femmes qui déclarent nourrir leur enfant exclusivement au sein entre 2011–2012 et 2015^v.

^v En raison d'une refonte majeure de l'enquête source en 2015, il convient de faire preuve de prudence au moment de comparer les données de 2011–2012 et 2015.

Il existe des données probantes solides à l'appui d'un lien entre la consommation de boissons sucrées et l'augmentation du risque de surpoids et d'obésité chez les enfants. (17–19) Les « boissons sucrées » peuvent comprendre toute boisson à laquelle on a ajouté du sucre, y compris les boissons gazeuses ordinaires/sans sucre, les boissons aromatisées aux fruits (p. ex. les punchs aux fruits et les boissons à l'orange) et les boissons pour sportifs. 14,7 % (2014–2015) d'enfants et de jeunes (âgés de 3 à 17 ans) déclarent consommer des boissons gazeuses, des boissons aux fruits ou des boissons pour sportifs chaque jour^{vi}.

Milieus favorables

Il est de mieux en mieux démontré que les environnements physiques et sociaux (y compris les politiques et les structures organisationnelles qui les régissent) dans lesquels les individus vivent, apprennent, travaillent et jouent ont des répercussions importantes sur la saine alimentation et les comportements liés à l'activité physique. L'environnement bâti fait partie de notre milieu physique. Il se compose des immeubles, des parcs, des écoles, des réseaux routiers et d'autres infrastructures que nous fréquentons au quotidien. Notre environnement physique a un impact sur notre santé.

Certains aménagements communautaires offrent un potentiel immense pour ce qui est de contribuer à l'augmentation de l'activité physique. Les modèles écologiques de santé mettent l'accent sur les multiples niveaux d'influence sur les comportements. Ils sont de plus en plus utilisés pour décrire les facteurs d'influence des schémas de surpoids et d'obésité dans les populations.

Les données probantes montrent qu'une période de sommeil de courte durée est un déterminant important du surpoids et de l'obésité juvéniles, indépendamment de tous les autres facteurs. (20, 21) Le manque de sommeil a aussi été associé à d'autres problèmes de santé comme la souffrance morale, l'hypertension, le diabète et les taux de cholestérol élevés. Des recommandations précises sur les heures de sommeil des enfants ont été formulées dans les *Directives canadiennes*

^{vi} Il n'est pas possible de déterminer les tendances de la proportion d'enfants (âgés de 3 à 17 ans) qui déclarent avoir consommé des boissons gazeuses, des boissons aux fruits ou des boissons pour sportifs chaque jour étant donné que des changements à la méthodologie de l'enquête ont été apportés dans les estimations 2012–2013 de l'ECMS.

en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes : 9 à 11 heures de sommeil ininterrompu la nuit pour les enfants âgés de 5 à 13 ans, et de 8 à 10 heures de sommeil ininterrompu la nuit pour les jeunes âgés de 14 à 17 ans, tout en adoptant des heures de coucher et de lever régulières. Près des trois quarts des enfants et des jeunes (70,7 %, 2014–2015) âgés de 5 à 17 ans respectent ces recommandations^{vii}. On n'a pas fait état de différences entre les filles et les garçons.

La disponibilité et l'accessibilité d'installations récréatives ont été associées à des niveaux plus élevés d'activité physique et à une réduction du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les jeunes. (22) 94,9 % des parents d'enfants âgés de 5 à 17 ans ont déclaré que des installations et des programmes publics locaux pour l'activité physique et les sports qui sont adéquats pour leurs enfants sont disponibles, une proportion semblable à celle qui a été observée pour les années précédentes.

La publicité visant la consommation de boissons et d'aliments mauvais pour la santé, comme ceux qui ont une haute teneur en sel, en sucre ou en gras, est l'une des principales causes de l'obésité juvénile. (23–26) Des données probantes indiquent que la publicité influe sur les préférences et les choix alimentaires des enfants, et est à l'origine de la consommation d'aliments et de boissons malsains. (27, 28) La commercialisation ciblant les enfants a évolué au cours des dernières décennies. Elle comprend maintenant le ciblage de plusieurs milieux (par exemple, les écoles, les centres communautaires) ainsi que l'exploration et l'élaboration de tactiques supplémentaires, y compris l'utilisation de l'Internet et de différents types de technologie. Alors que les publicités télévisées demeurent une des principales sources de commercialisation de nourriture et de boissons malsaines pour les enfants, les plates-formes actuelles comprennent également les sites Web et les médias sociaux à partir d'une variété d'outils (par exemple, les téléphones intelligents, les tablettes). Comme l'ont recommandé des organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé (29), il est maintenant important de surveiller à la fois la télévision et les médias numériques afin de saisir l'incidence de l'exposition des enfants à la publicité sur les boissons et les aliments malsains. Pour la première fois, ce rapport électronique établit un indicateur de la publicité

^{vii} La mesure utilisée pour le sommeil adéquat a été modifiée dans ce rapport électronique, compte tenu des nouvelles recommandations de sommeil publiées dans le cadre des *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures*.

des aliments et des boissons. L'indicateur montre que, selon les données à jour de comScore, entre juin 2015 et mai 2016, 22,5 millions de publicités sur des boissons et des aliments malsains ciblant des enfants âgés de 2 à 11 ans et 2,25 millions ciblant des jeunes de 12 à 17 ans ont été affichées sur les dix sites Web les plus populaires de ceux-ci.

Les parents et les membres de la famille peuvent jouer un rôle important sur les attitudes, les croyances, les préférences et les comportements des enfants (30). L'activité physique des parents a été associée à une activité physique accrue de l'enfant (31). Les parents peuvent servir de modèles pour l'activité physique et offrir le soutien nécessaire pour que les enfants soient actifs (p. ex. superviser les enfants lorsqu'ils jouent, accompagner les enfants dans les événements sportifs). (32, 33) En outre, le plaisir des activités partagées peut avoir une influence positive sur le niveau d'activité physique, ainsi que sur les attitudes, les croyances et les comportements. La proportion de parents canadiens qui déclarent participer « souvent » ou « très souvent » à des jeux actifs est demeurée stable au cours de la dernière année, à 36,1 %.

Il n'est pas possible d'avoir une alimentation saine sans une disponibilité régulière d'aliments nutritifs et une accessibilité à ceux-ci. L'insécurité alimentaire des ménages, habituellement associée à la capacité financière d'un ménage à acheter suffisamment de nourriture, est un indicateur de l'accès régulier aux aliments. Les données nationales sur l'insécurité alimentaire n'ont pas été recueillies depuis 2011–2012, il n'est donc pas possible de fournir une mise à jour pour cet indicateur.

Les cours d'éducation physique dans les écoles ont des répercussions positives qui vont bien au-delà des bienfaits de l'activité physique que font les enfants pendant le cours. Des programmes d'éducation physique de qualité peuvent aider à accroître les connaissances sur l'activité physique et à contribuer au développement des comportements et des compétences nécessaires pour établir un mode de vie physiquement actif qui peut être maintenu tout au long de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. (34, 35) Pour 2014–2015, les enfants (âgés de 6 à 11 ans) faisaient en moyenne deux heures d'activité physique par semaine pendant les heures de cours, un niveau semblable à celui observé ces dernières années.

Les préoccupations des parents concernant la sécurité de leurs enfants sont souvent citées comme un obstacle majeur à l'activité physique. On a émis l'hypothèse que le danger que représentent les inconnus, les préoccupations à propos des blessures dues au jeu et la circulation automobile aient une incidence sur la possibilité qu'ont les enfants de participer à des jeux actifs, de pratiquer des sports ou d'utiliser des modes actifs de déplacement pour aller à l'école. Bien que la majorité des blessures occasionnées par toutes les formes d'activité physique soient mineures et que les avantages du jeu actif l'emportent sur le risque de blessures mineures, (36) un certain nombre d'études appuient le fait qu'un lien existe (37) et que les préoccupations relatives à la sécurité semblent être en train de changer la nature de l'activité physique des enfants. La perception personnelle de la sécurité est également un facteur important pour les jeunes. Entre 2009–2010 et 2014, on a observé une très légère augmentation de la proportion de jeunes qui étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'il est sécuritaire pour les jeunes enfants de jouer à l'extérieur durant la journée^{viii}. Il demeure important de prévenir les blessures graves par une éducation et une supervision appropriées et par la réduction des dangers afin de dissiper ces préoccupations.

Dans les écoles, des politiques sur l'alimentation saine et l'activité physique sont essentielles pour créer des environnements favorables qui permettront aux enfants et aux jeunes d'être actifs et de faire des choix alimentaires sains. L'impact de toute politique dépend de la nature et du niveau de mise en œuvre de cette politique et du soutien qu'elle reçoit dans l'ensemble de l'école. La priorité qu'accordent les responsables d'une école aux politiques sur l'alimentation saine et l'activité physique a été identifiée comme la meilleure mesure actuellement disponible pour une surveillance de haut niveau des politiques scolaires visant à créer des milieux favorables. En 2014, 50,8 % des écoles avaient un comité qui supervise les politiques et les pratiques en matière d'activité physique ou d'alimentation saine et 50,5 % des écoles avaient un plan d'amélioration pour l'année scolaire en cours contenant des éléments liés à l'activité physique ou à une alimentation saine.

^{viii} Il est trop tôt pour déterminer s'il s'agit d'une tendance étant donné qu'il n'y a que deux points de temps disponibles, l'enquête ECSEAS étant mise à jour tous les 4 ans.

Inégalités dans l'obésité juvénile et facteurs connexes : Points saillants de l'outil de données sur les inégalités en santé

Les conditions dans lesquelles les Canadiens vivent, étudient, travaillent et jouent ont une profonde incidence sur leur état de santé futur. En plus des facteurs de risque biologiques et des choix et comportements personnels, divers facteurs sociaux et économiques ont une incidence sur la santé et le bien-être tout au long de la vie – des premières années aux dernières étapes de la vie – notamment le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement et les identités sociales. Ces facteurs, souvent appelés « déterminants sociaux de la santé », contribuent également aux iniquités en santé, ce qui désigne les inégalités ou différences de santé évitables entre les groupes de personnes.

Les données probantes actuelles sur les inégalités en santé dans le domaine de l'obésité juvénile confirment que certains groupes d'enfants du Canada continuent de faire face à des résultats plus faibles que d'autres en termes de poids santé, de niveaux d'activité physique sains, d'habitudes alimentaires saines et de conditions de vie saines. Cette section illustrera la portée et l'ampleur de ces inégalités selon le revenu, l'identité autochtone et le milieu culturel/racial. Pour obtenir des données supplémentaires sur ces inégalités et autres inégalités en santé, veuillez consulter l'[Outil de données sur les inégalités en santé](#). (38)

Résultats en fonction du revenu du ménage

Le revenu est un déterminant bien connu de l'obésité juvénile, parmi d'autres résultats de santé physique et mentale. (39) L'obésité, l'activité physique, la consommation de fruits et de légumes et l'insécurité alimentaire montrent des gradients d'inégalités semblables en fonction du revenu parmi les enfants canadiens âgés de 6 à 17 ans : de façon générale, plus le niveau de revenu du ménage est élevé, meilleurs sont les résultats. Ce schéma général aboutit à d'importants écarts de santé entre les enfants dans différents groupes socioéconomiques. Les enfants du groupe de revenu du ménage le plus faible sont nettement moins actifs que chez les enfants du groupe de revenu familial le plus élevé (69,5 % contre 79,6 %) et ont tendance à être plus souvent obèses (15,1 % contre 9,8 %). De plus, les enfants du groupe de revenu du ménage le plus faible sont moins susceptibles de consommer les cinq portions quotidiennes recommandées

de fruits ou de légumes et sont plus souvent exposés à l'insécurité alimentaire des ménages par rapport à ceux des groupes de revenu familial plus élevé (27,2 % contre 1,1 %). En ce qui a trait à l'allaitement maternel, la proportion de femmes ayant indiqué avoir recours à l'allaitement exclusif a tendance à être plus faible parmi celles du groupe de revenu familial le plus faible que dans les autres groupes de revenu, mais la différence observée n'était pas concluante.

Résultats pour les peuples autochtones

Les niveaux d'activité physique étaient semblables chez les enfants des Premières nations vivant hors réserves, les enfants inuits et métis, et les enfants non autochtones. Toutefois, des inégalités concernant un certain nombre d'indicateurs de poids santé ont été observées chez les enfants considérés comme étant membres des Premières nations (vivant à l'extérieur des réserves), les enfants inuits, les enfants métis et les enfants considérés comme étant non autochtones.

Chez les mères inuites, l'initiation à l'allaitement naturel était plus faible comparativement aux autres femmes non autochtones. En outre, comparativement aux enfants non autochtones, les enfants inuits présentent sensiblement plus d'insécurité alimentaire (33,6 % des enfants inuits comparativement à 9,5 % chez les enfants non autochtones) ainsi que des taux plus faibles de consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour.

Les enfants de Premières nations vivant à l'extérieur des réserves présentent des niveaux d'activité physique et d'allaitement naturel similaires aux enfants non autochtones, mais des niveaux considérablement plus faibles de consommation de fruits et de légumes (9 % de moins chez les enfants des Premières nations vivant à l'extérieur des réserves que les enfants non autochtones) et une plus grande exposition à l'insécurité alimentaire dans les ménages que les enfants non autochtones (27 % comparativement à 9,5 %).

Les enfants métis ont un pourcentage d'insécurité alimentaire des ménages semblable à celui des enfants non autochtones et un pourcentage inférieur à celui des autres enfants autochtones. Cependant, leur consommation de fruits et légumes et les taux d'initiation de l'allaitement étaient inférieurs à ceux des enfants non autochtones.

Les indicateurs normalisés de santé et d'inégalités en matière de santé, y compris ceux concernant le poids santé mis en relief dans le présent rapport électronique, sont généralement

basés sur des concepts et des présomptions propres à l'Occident à propos de la santé et de ses déterminants. Bien qu'ils soient valides pour l'ensemble de la population canadienne, ils ne sont pas toujours appropriés lorsqu'appliqués directement aux Autochtones et à d'autres contextes culturels et socioéconomiques non occidentaux. Par conséquent, il est important de situer les constatations concernant les inégalités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis dans le contexte des cultures autochtones hétérogènes et les obstacles sociaux et économiques auxquels ces collectivités sont souvent confrontées sur le plan de la sécurité alimentaire, de la saine alimentation et du poids santé. Par exemple, bien que la consommation de fruits et de légumes soit un indicateur couramment utilisé pour les saines habitudes alimentaires chez les Canadiens, c'est peut-être moins évident pour les Inuits, dont les régimes alimentaires traditionnels peuvent être davantage centrés sur les aliments prélevés dans la nature (animaux sauvages ou espèces de plante provenant de l'environnement local).

Résultats en fonction des antécédents culturels et raciaux

Des inégalités importantes existent également chez les enfants de milieux culturels et raciaux différents au Canada. Par exemple, la proportion d'enfants appartenant à des groupes minoritaires culturels et raciaux, en particulier ceux d'origine latino-américaine et d'origine sud-est asiatique qui étaient physiquement actifs était plus faible que chez les enfants identifiés comme Blancs.

De même, la proportion d'enfants d'Asie de l'Est et du Sud-Est qui consommaient des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour était significativement plus faible que chez les enfants d'autres milieux culturels et raciaux. La prévalence la plus élevée de l'insécurité alimentaire était observée chez les enfants identifiés comme Noirs – trois fois plus élevés que chez les enfants identifiés comme Blancs (25,6 % contre 8,4 %).

S'attaquer aux inégalités

Lorsque l'on examine les inégalités en matière de santé comme celles mises en évidence précédemment, il est important de garder à l'esprit le contexte plus vaste dans lequel les gens vivent, en particulier les gens provenant de communautés traditionnellement marginalisées. La recherche a permis de documenter le fait que les rôles des divers déterminants sociaux de la santé se recourent – tels que le revenu du ménage et la qualité des environnements scolaire et sociétal – pour expliquer

le risque accru d'obésité et les facteurs de risque connexes chez les groupes définis, par exemple, par les antécédents culturels et raciaux. (40, 41)

La sensibilisation au recoupement des déterminants de la santé et des inégalités en santé peut aider à améliorer l'efficacité des stratégies sur le poids santé, autant dans la population en général que chez les groupes touchés de façon disproportionnée. Par exemple, le risque plus élevé de vivre dans la pauvreté chez les Canadiens racialisés devrait être pris en considération lors de l'adaptation d'interventions visant à réduire les inégalités de santé entre les enfants blancs et ceux appartenant à différents groupes culturels/raciaux. (42) De même, compte tenu de l'histoire particulière d'oppression et d'inégalités systémiques qu'ont connue les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis au Canada, il est particulièrement important de comprendre et de mettre en contexte les tendances des inégalités en matière de santé à partir d'un point de vue autochtone sur les déterminants sociaux de la santé, afin de veiller à ce que les interventions futures visant à améliorer les résultats et l'équité en matière de santé chez les Autochtones soient adaptées à la culture et tiennent compte des injustices historiques. (43, 44)

Conclusions

Le Canada est confronté à un grave problème. Les taux de surpoids et d'obésité juvéniles demeurent élevés et stables. Un système complexe de facteurs inter reliés – biologiques, comportementaux, sociaux, psychologiques, technologiques, environnementaux, économiques et culturels – est responsable de l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité. On retrouve ces facteurs à tous les niveaux – chez les personnes, les familles ainsi que dans l'ensemble de la société. Les conditions dans lesquelles les Canadiens vivent, étudient, travaillent et jouent ont une profonde incidence sur leur état de santé futur.

Les taux d'obésité juvénile sont demeurés élevés et stables depuis l'approbation du Cadre en 2010. Les données nationales décrivant les facteurs associés aux poids malsains qui ont été présentées dans ce rapport soulignent la nécessité de renforcer les efforts pour soutenir une vie saine. Il est clair qu'il faudra du temps pour voir des changements importants. Le ciblage de facteurs plus larges (p. ex. environnements, milieux sociaux et physiques) et des investissements gouvernementaux continus dans la prévention en amont assureront des changements soutenus et largement répandus à long terme. Il est important que les gouvernements continuent de travailler ensemble en partenariat avec d'autres pour soutenir la création d'environnements plus favorables à l'activité physique et à une alimentation saine et aider les Canadiens à faire des choix plus sains et éclairés.

Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence qui va au-delà des résultats de santé des individus. Ils contribuent également aux iniquités en santé, aux inégalités évitables ou aux différences en matière de résultats de santé entre les groupes de personnes. Certains groupes d'enfants au Canada continuent de faire face à des résultats plus faibles que d'autres en termes de poids santé, de niveaux d'activité physique sains, d'habitudes alimentaires saines et de conditions de vie saines.

Pourtant, des progrès sont possibles. Des mesures sont en place à travers le pays pour aider les enfants et les jeunes à être plus actifs et à mieux manger, laisser leurs écrans et jouer, marcher, courir et être actif avant et après l'école. Il existe donc une base solide sur laquelle continuer à construire.

Nous avons tous un rôle à jouer dans la promotion d'une vie plus saine, y compris les gouvernements, les entreprises, les organismes à but non lucratif, les parents et les communautés.

Références

- (1) Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003 Sep;88(9):748–752.
- (2) Committee on Prevention of Obesity in Children, and Youth. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance. The National Academies Press; 2005.
- (3) Janssen I, Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, Chen W, Malina RM, Bouchard C, et al. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. *Obes Res* 2005 Jun;13(6):1106–1115.
- (4) Freedman DS, Kahn HS, Mei Z, Grummer-Strawn LM, Dietz WH, Srinivasan SR, et al. Relation of body mass index and waist-to-height ratio to cardiovascular disease risk factors in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Am J Clin Nutr* 2007 Jul;86(1):33–40.
- (5) Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, Connor Gorber S, Dinh T, Duggan M, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *Appl Physiol Nutr Metab* 2016 Jun;41(6 Suppl 3):S311–27.
- (6) Davison KK, Werder JL, Lawson CT. Children's active commuting to school: current knowledge and future directions. *Prev Chronic Dis* 2008 Jul;5(3):A100.
- (7) Pate RR, Trost SG, Levin S, Dowda M. Sports participation and health-related behaviors among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 Sep;154(9):904–911.
- (8) Chaput JP, Lambert M, Mathieu ME, Tremblay MS, O'Loughlin J, Tremblay A. Physical activity vs. sedentary time: independent associations with adiposity in children. *Pediatr Obes* 2012 Jun;7(3):251–258.
- (9) LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab* 2012 08/01; 2012/07;37(4):753–772.
- (10) Albertson AM, Affenito SG, Bauserman R, Holschuh NM, Eldridge AL, Barton BA. The relationship of ready-to-eat cereal consumption to nutrient intake, blood lipids, and body mass index of children as they age through adolescence. *J Am Diet Assoc* 2009 Sep;109(9):1557–1565.
- (11) Merten MJ, Williams AL, Shriver LH. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: parental presence, community context, and obesity. *J Am Diet Assoc* 2009 Aug;109(8):1384–1391.
- (12) Berkey CS, Rockett HR, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003 Oct;27(10):1258–1266.
- (13) Bryce J, Terrerri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet* 2006 Sep 23;368(9541):1067–1076.
- (14) Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001 Jan 24–31;285(4):413–420.
- (15) Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63–77.
- (16) Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992 Feb 1;339(8788):261–264.
- (17) Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *J Am Diet Assoc* 2007 Jun;107(6):924–34; discussion 934–5.
- (18) Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001 Feb 17;357(9255):505–508.
- (19) Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006 Aug;84(2):274–288.
- (20) Chaput JP, Despres JP, Bouchard C, Tremblay A. Longer sleep duration associates with lower adiposity gain in adult short sleepers. *Int J Obes (Lond)* 2012 May;36(5):752–756.
- (21) Chaput JP, Lambert M, Gray-Donald K, McGrath JJ, Tremblay MS, O'Loughlin J, et al. Short sleep duration is independently associated with overweight and obesity in Quebec children. *Can J Public Health* 2011 Sep-Oct;102(5):369–374.
- (22) World Health Organization. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016.
- (23) Institute of Medicine. Food marketing to children: Threat or opportunity?. Washington, D.C.: National Academies Press; 2006.
- (24) Potvin Kent M, Martin C, Kent A. Changes in the volume, power and nutritional quality of foods marketed to children on television in Canada. *Obesity* 2014;22(9):2035–2060.
- (25) Potvin Kent M, Dubois L, Wanless A. A nutritional comparison of foods and beverages marketed to children in two advertising policy environments. *Obesity* 2012;20(9):1829–1837.
- (26) Sadeghirad B, Duhaney T, Motaghipisheh S, Campbell NCR, Johnston BC. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews* 2016;17(10):945–959.

- (27) Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JCG, et al. Advertising as a cue to consume: A systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *American Journal of Clinical Nutrition* 2016;103(2):519–533.
- (28) World Health Organization. Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives. 2016.
- (29) Veugelers P, Sithole F, Zhang S, Muhajarine N. Neighborhood characteristics in relation to diet, physical activity and overweight of Canadian children. *Int J Pediatr Obes* 2008;3(3):152–159.
- (30) Gustafson SL, Rhodes RE. Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Med* 2006;36(1):79–97.
- (31) Fuemmeler BF, Anderson CB, Masse LC. Parent-child relationship of directly measured physical activity. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011 Mar 8;8:17.
- (32) Tucker P, van Zandvoort MM, Burke SM, Irwin JD. The influence of parents and the home environment on preschoolers' physical activity behaviours: a qualitative investigation of childcare providers' perspectives. *BMC Public Health* 2011 Mar 17;11:168.
- (33) Veugelers PJ, Fitzgerald AL. Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison. *Am J Public Health* 2005 Mar;95(3):432–435.
- (34) Leggett C, Irwin M, Griffith J, Xue L, Fradette K. Factors associated with physical activity among Canadian high school students. *Int J Public Health* 2011 Sep 28.
- (35) Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jan 21;(1)(1):CD007651.
- (36) Position Statement on Active Outdoor Play (2015). www.participaction.com/sites/default/files/downloads/Participaction-PositionStatement-ActiveOutdoorPlay_0.pdf
- (37) Carver A, Timperio A, Crawford D. Playing it safe: the influence of neighbourhood safety on children's physical activity. A review. *Health Place* 2008 Jun;14(2):217–227.
- (38) Pan-Canadian Health Inequalities Data Tool, 2017 Edition. A joint initiative of the Public Health Agency of Canada, the Pan-Canadian Public Health Network, Statistics Canada and the Canadian Institute of Health Information.
- (39) Shah CP, Kahan M, Krauser J. The health of children of low-income families. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1987;137(6):485–490
- (40) Bhawra J, Cooke MJ, Guo Y., Wilk P. (2017). The association of household food security, household characteristics and school environment with obesity status among off-reserve First Nations and Métis children and youth in Canada: results from the 2012 Aboriginal Peoples Survey. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice* 37(3):77–86.
- (41) Rogers R, Eagle TF, Sheetz A, Woodward A, Leibowitz R, Song MK, Sylvester R, Corriveau N, Kline-Rogers E, Jiang Q, Jackson EA, Eagle KA. (2015) The Relationship between Childhood Obesity, Low Socioeconomic Status, and Race/Ethnicity: Lessons from Massachusetts. *Childhood Obesity*, 11(6): 691–695.
- (42) National Council of Welfare (2012). Poverty Profile: Special Edition—A Snapshot of Racialized Poverty in Canada. Available at www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/communities/reports/poverty-profile-snapshot.html, last accessed May 18, 2017.
- (43) Willows N, Hanley AJG, Delormier T. (2012). A socioecological framework to understand weight related issues in Aboriginal children in Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(1):1–13.
- (44) Greenwood ML, de Leeuw SN. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Pediatrics and Child Health*, 17(7):381–4.