



L'EMBONPOINT, L'OBÉSITÉ, LES MALADIES DU CŒUR ET L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

FAITS

- L'embonpoint et l'obésité contribuent au diabète de type 2, à l'hypertension artérielle et à certains cancers¹⁻³, en plus d'être des facteurs de risque des maladies du cœur et de l'accident vasculaire cérébral.
- Deux méthodes sont couramment employées pour évaluer l'embonpoint et l'obésité. L'une des méthodes est l'indice de masse corporelle (IMC). On calcule l'IMC en divisant le poids (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres). Autrement dit :

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

- Un IMC (kg/m²) entre 25 et 29,9 est considéré comme un signe d'embonpoint. Un IMC de 30 ou plus est un indicateur d'obésité. Dans le cas de certaines personnes ayant une masse musculaire importante, l'IMC ne reflète peut-être pas correctement la corpulence¹.
- L'autre manière d'évaluer l'obésité est de mesurer le tour de taille. Le fait d'avoir un excès de poids dans la région abdominale est associé à un risque accru de maladie du cœur et d'accident vasculaire cérébral, d'hypercholestérolémie, de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle. Le tour de taille permet de mesurer la quantité de graisse stockée au niveau de la taille. L'homme dont le tour de taille est de 102 cm (40 po) ou plus et la femme dont le tour de taille est de 88 cm (35 po) ou plus sont exposés à un risque plus élevé de diabète, d'hypertension artérielle, de maladie du cœur ou d'accident vasculaire cérébral. En effet, le risque de voir apparaître ces problèmes de santé est proportionnel au tour de taille. Chez certains groupes ethniques (soit les personnes d'origine asiatique ou sud-asiatique), le risque devient élevé à des seuils moins importants que ceux cités ci-dessus pour la population générale⁴.
- Pour de plus amples renseignements sur le poids santé, l'embonpoint et l'obésité, consultez un professionnel de la santé ou visitez le site Web de la Fondation des maladies du cœur (www.fmcoeur.ca).
- En se fondant sur un IMC de 25 à 29,9 pour l'embonpoint et un IMC de 30 et plus pour l'obésité, on constate que les taux d'embonpoint et d'obésité augmentent au Canada. Les statistiques les plus récentes nous révèlent que :
 - près du quart (23,1 %) des adultes canadiens, soit 5,5 millions de personnes ayant 18 ans et plus, sont obèses. Un autre 36,1 % (8,6 millions) font de l'embonpoint⁵;
 - 26 % des enfants et des adolescents canadiens âgés de 2 à 17 ans font de l'embonpoint ou sont obèses; plus précisément, 8 % sont obèses⁶.
 - De 1985 à 2000, l'embonpoint et l'obésité ont été associés à 57 000 décès au Canada⁷. En outre, on estime que les coûts totaux directement liés à l'obésité en 1997 dépassaient 1,8 milliard de dollars, soit 2,4 % de toutes les dépenses en soins de santé au Canada⁸.
- Les autochtones et les Canadiens d'origine chinoise et sud-asiatique pourraient afficher des taux plus élevés de maladies chroniques liées à l'embonpoint et à l'obésité (p. ex. le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies du cœur)⁹.
- Chez les femmes canadiennes, les taux d'embonpoint et d'obésité ont tendance à être plus élevés chez celles qui ont un revenu moyen. Par contre, chez les hommes, la situation est différente. En effet, les taux d'embonpoint et d'obésité sont plus élevés chez les hommes dont le revenu est élevé⁵.
- Les taux d'embonpoint et d'obésité varient d'une province canadienne à l'autre. On retrouve les taux les plus élevés dans la région de l'Atlantique et les taux les moins élevés en Colombie-Britannique⁵. En outre, au Canada, les taux ont tendance à être plus élevés en région rurale qu'en milieu urbain¹⁰.
- Une prise de poids durant l'adolescence et le début de l'âge adulte pourrait être l'un des principaux facteurs qui entraînerait plus tard une maladie du cœur ou un accident vasculaire cérébral.



L'EMBONPOINT, L'OBÉSITÉ, LES MALADIES DU CŒUR ET L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

- Pour atteindre et maintenir un poids santé et pour réduire le risque de maladie du cœur et d'accident vasculaire cérébral, il est important d'avoir des comportements favorables à la santé, y compris un programme régulier d'activité physique et une alimentation saine et équilibrée (en commençant par l'allaitement maternel), dès un jeune âge et à tous les stades de la vie.
- Dans les centres urbains, la planification urbaine et la conception des quartiers qui font fi des questions relatives à la santé pourraient contribuer à l'embonpoint et à l'obésité¹¹. Les aménagements urbains qui favorisent un

mode de vie sain prévoient des trottoirs et des pistes cyclables, tiennent compte de la disposition des rues et de la largeur des routes, en plus d'assurer une variété d'écoles, de lieux de travail, de magasins et de services à distance de marche des maisons.

- En outre, des études donnent à penser que, plus une personne passe du temps en automobile pour se rendre au travail et en revenir, moins elle a de chances de faire de l'activité physique et plus elle risque de faire de l'embonpoint ou d'être obèse¹¹.

RECOMMANDATIONS

La Fondation des maladies du cœur fait les recommandations présentées ci-dessous.

Canadiens et Canadiennes

1. Avoir une alimentation saine et équilibrée qui inclut des aliments des quatre groupes alimentaires; la taille des portions devrait suivre les recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (www.santecanada.ca/guidealimentaire).
2. Lors de l'achat d'aliments, rechercher le symbole *Visez santé*^{MC} de la Fondation des maladies du cœur du Canada sur les emballages d'aliments. Les produits alimentaires identifiés par le symbole *Visez santé*^{MC} font partie d'une alimentation saine.
3. Suivre les recommandations du *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*. Faites de 30 à 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée[†] la plupart des jours de la semaine (www.guideap.com).
4. Visiter le site Web www.fmcoeur.ca pour obtenir de l'information additionnelle au sujet d'une alimentation saine et d'une vie active.

Gouvernements

1. Mettre en place des incitatifs fiscaux qui favoriseront l'activité physique et une saine alimentation chez la population canadienne.
2. Augmenter les occasions permettant aux enfants de faire de l'activité physique à l'école et améliorer la qualité nutritionnelle des boissons et des aliments servis dans les écoles partout au Canada.
3. Collaborer avec les organisations telles que la Fondation des maladies du cœur du Canada afin d'améliorer les connaissances de la population canadienne quant aux effets de l'embonpoint et de l'obésité sur la santé et de sensibiliser toute la population canadienne aux bienfaits d'un mode de vie sain.
4. Soutenir et améliorer les systèmes de recherche sur la santé et de surveillance de la santé au Canada afin de suivre les courbes d'embonpoint, d'obésité, de nutrition et d'activité physique à tous les stades de la vie. Ces améliorations aideront les chercheurs à mettre le doigt sur les facteurs qui influent sur l'embonpoint et l'obésité, à préciser comment ces facteurs évoluent au cours de la vie et à évaluer l'efficacité des mesures préventives et thérapeutiques.
5. Guider le développement des quartiers et des collectivités et investir dans des infrastructures qui encourageront l'activité physique (p. ex. diversité, densité et conception; quartiers « diversifiés » permettant aux gens de marcher jusqu'aux boutiques, services, lieux de travail et écoles; trottoirs, pistes cyclables, transport en commun fiable et fréquent; parcs de qualité et installations récréatives à prix abordable).

6. Répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes qui vivent en région rurale en s'assurant que le milieu leur offre des occasions de faire de l'activité physique (p. ex. centres récréatifs et communautaires, sentiers de marche et de randonnée).
7. Œuvrer à tous les paliers de gouvernement et dans tous les ministères afin de s'attaquer aux facteurs sociaux et environnementaux qui ont un effet sur l'obésité, tels le statut socioéconomique, la capacité de payer la nourriture et l'accès à des aliments nutritifs.

Chercheurs

1. Employer une définition et une technique de mesure standardisées pour établir la présence d'obésité chez les enfants.
2. Approfondir les connaissances sur divers plans : tout d'abord, les facteurs menant à l'embonpoint et à l'obésité chez les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les minorités ethniques, les autochtones, les hommes et les femmes, les personnes ayant des revenus faibles, moyens ou élevés; ensuite, les conséquences de l'embonpoint et de l'obésité pour la santé; enfin, l'efficacité des programmes de prévention et des traitements de l'obésité.
3. En partenariat avec les planificateurs, élaborer des méthodes standardisées afin de mesurer de quelle manière la planification urbaine et la conception des quartiers influent sur la capacité des Canadiens et des Canadiennes de mener une vie active et saine.

Industrie alimentaire

1. Encourager et promouvoir les choix alimentaires sains, en plus de limiter la publicité sur les aliments vides (aliments riches en énergie et pauvres en nutriments, appelés aussi « malbouffe ») destinés aux enfants, par exemple durant les émissions de télévision pour enfants et dans les écoles.
2. Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments vendus en milieu scolaire et bannir la malbouffe, y compris les aliments riches en matières grasses et les boissons de fruits riches en sucre, des machines distributrices et des cafétérias dans les écoles primaires et secondaires.
3. Réduire la taille des portions et s'assurer d'une correspondance entre la grosseur des portions et le prix. Vendre les aliments santé moins cher que les autres produits et encourager les jeunes à les choisir.
4. Offrir une meilleure information nutritionnelle aux clients des établissements de restauration rapide. Cette information devrait se trouver sur les menus affichés aux murs et sur ceux distribués aux tables afin d'aider les Canadiens à faire des choix plus sains aux points de vente.

† Exemples d'activités physiques d'intensité modérée : marche rapide, bicyclette, ratissage de feuilles, natation, danse et aquagym.



L'EMBONPOINT, L'OBÉSITÉ, LES MALADIES DU CŒUR ET L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Professionnels de la santé

1. Dépister l'embonpoint et l'obésité en mesurant la taille, le poids et le tour de taille des patients dans le contexte d'un examen de santé régulier.

2. Faire la promotion d'un mode de vie sain et de changements dans le mode de vie qui aideront les patients à atteindre et à maintenir un poids santé.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Les statistiques révèlent que les taux d'embonpoint et d'obésité grimpent depuis 20 ans. En effet, depuis 1985, le nombre d'adultes obèses au Canada a doublé et le nombre d'enfants obèses ou faisant de l'embonpoint a triplé.

Un bon nombre de facteurs contribuent à l'embonpoint et à l'obésité, y compris : les choix individuels; les milieux de vie, de travail et de loisirs; le revenu et l'éducation¹¹.

- Facteurs individuels relatifs à l'embonpoint et à l'obésité
 - Nutrition (quantité ou taille des portions, types d'aliments consommés)¹²
 - Activité physique (quantité et types d'activité physique)¹²
 - Facteurs génétiques¹³
 - Appartenance ethnique¹¹
 - Sexe¹⁴
- Facteurs environnementaux relatifs à l'embonpoint et à l'obésité¹¹
 - Disponibilité, mise en marché et coût des aliments (existence, facilité d'accès et types de magasins d'alimentation et d'établissements de restauration près du domicile; qualité des aliments et coût des aliments santé dans ces magasins et établissements)¹⁵
 - Planification et conception des collectivités; types d'installations visant à encourager l'activité physique en milieu communautaire; possibilité de marcher et de se promener à bicyclette en toute sécurité dans le quartier
- Facteurs sociaux relatifs à l'embonpoint et à l'obésité¹¹
 - Statut socioéconomique (éducation et niveau de revenu)
 - Comportement
 - Environnement
 - Différences culturelles

Il faut trouver de nombreuses solutions pour réduire les taux d'embonpoint et d'obésité au Canada et pour aider les générations futures à atteindre un poids santé.

Tableau 1 : Risques pour la santé selon le tour de taille et l'IMC¹⁵

Tour de taille	Catégories de poids selon l'IMC (kg/m ²)		
	Normal 18,5 – 24,9	Embonpoint 25 – 29,9	Obésité 30 et plus
Hommes : < 102 cm Femmes : < 88 cm	Risque le moins élevé	Augmentation du risque	Risque élevé
Hommes : ≥ 102 cm Femmes : ≥ 88 cm	Augmentation du risque	Risque élevé	Risque très élevé

NOTE : L'indice de masse corporelle (IMC), les catégories de tour de taille et les valeurs limites précisés dans le tableau 1 ne s'appliquent pas nécessairement aux personnes de 65 ans et plus, ni aux personnes ayant une masse musculaire importante. Le tableau ne devrait pas être utilisé pour les enfants et les adolescents, ni pour les femmes enceintes ou qui allaitent¹⁶. Il pourrait ne pas convenir aux autochtones ou aux Canadiens d'origine asiatique. À titre d'exemple, selon un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé, les seuils limites de l'IMC pour l'embonpoint et l'obésité chez les personnes d'origine asiatique se situent à 23 et à 27, respectivement⁴. En outre, le risque d'un trouble de santé lié à l'embonpoint ou à l'obésité peut être plus important ou moins important que le risque indiqué dans le tableau.

L'augmentation de l'obésité chez les enfants et les adolescents canadiens constitue une préoccupation majeure. En fait, 20 % des enfants de 4 ans qui font de l'embonpoint auront un excès de poids à l'âge adulte, de même que 40 % des enfants plus âgés et jusqu'à 80 % des adolescents¹⁷.

Des études ont révélé que l'allaitement maternel pourrait réduire le risque d'embonpoint et d'obésité plus tard dans la vie^{18,19} et que, plus l'allaitement dure, plus l'effet est marqué. Bien que la baisse constatée soit relativement faible, un bienfait peu important mais touchant une population nombreuse (soit tous les nouveau-nés) constitue une contribution importante sur le plan des conséquences pour l'ensemble de la population. Les politiques et les programmes qui visent à protéger, à promouvoir et à appuyer l'allaitement maternel ont des effets bénéfiques, car l'allaitement procure de nombreux autres bienfaits pour la santé.

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé a publié partout au monde les Normes OMS de croissance de l'enfant qui sont destinées aux nourrissons et aux enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Ces fiches de croissance précisent les normes relatives à l'indice de masse corporelle pour les nourrissons et les enfants dans différentes régions du monde et décrivent la croissance *prévue* des enfants habitant diverses régions du monde. Les fiches sont destinées aux médecins et aux professionnels de la santé qui travaillent dans les cliniques et autres établissements de soins de santé ainsi qu'aux établissements de recherche, aux organisations de défense de la santé des enfants et aux responsables des ministères de la santé. On peut consulter la version française des fiches de croissance à l'adresse www.who.int/nutrition/media_page/backgrounders_1_fr.pdf.

Pour atteindre et maintenir un poids santé et pour réduire le risque de maladie du cœur et d'accident vasculaire cérébral, il est important d'avoir des comportements favorables à la santé, y compris un programme régulier d'activité physique et une alimentation saine et équilibrée, dès un jeune âge et à tous les stades de la vie.



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
DU CANADA

À la conquête de solutions.

L'EMBOPOINT, L'OBÉSITÉ, LES MALADIES DU CŒUR ET L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

La Fondation des maladies du cœur du Canada reconnaît que la santé cardiovasculaire à long terme des Canadiens et des Canadiennes est affectée par des facteurs à la fois individuels et sociaux. Parmi les facteurs individuels, on retrouve le bagage génétique, les choix personnels de mode de vie et de comportement ainsi que le soutien social. Parmi les facteurs sociaux, on retrouve les conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles la population canadienne vit, travaille, apprend et joue. La Fondation encourage la population canadienne à adopter des modes de vie sains, et invite les gouvernements et le secteur privé à développer des politiques et des programmes afin de favoriser des milieux de vie sains et de réduire les inégalités qui ont un impact néfaste sur la santé et le bien-être.

Les données contenues dans cet énoncé de position
étaient à jour en : SEPTEMBRE 2006

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes* (Catalogue H49-179), Ottawa, Santé Canada, 2003.
2. Gilmore J. « Body mass index and health », *Health Reports*, vol. 11, no 1, 1999, p. 31-43.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
4. World Health Organization Expert Consultation. « Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies », *Lancet*, vol. 363, 2004, p. 1077.
5. Tjepkema M, M Shields. *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Obésité chez les adultes au Canada* (Catalogue 82-620-MWE2005001), Ottawa, Statistiques Canada, 2005.
6. Tjepkema M, M Shields. *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada* (Catalogue 82-620-MWE2005001), Ottawa, Statistiques Canada, 2005.
7. Katzmarzyk PT, Cl Arden. « Overweight and obesity mortality trends in Canada 1985-2000 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, no 1, 2004, p. 16-20.
8. Birmingham CI, Ji Muller, A Palepu, et al. « The cost of obesity in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, 1999, p. 483-488.
9. Société canadienne de cardiologie. Canadian Cardiovascular Society 1998 Consensus Conference on the Prevention of Cardiovascular Diseases: The role of the cardiovascular specialist. Disponible au http://www.ccs.ca/download/consensus_conference/consensus_conference_archives/1998_CC_role_Cardiovascular_Specialist.pdf (Consulté le 30 septembre 2006).
10. Reeder BA, C Yue. Regional and rural differences in obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, no 1, 1997, p. S10-16.
11. Raine KD. *Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population*, Institut canadien de l'information sur la santé, août 2004.
12. Organisation mondiale de la Santé. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*, WHO technical report series, No. 894, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
13. Hill, JO, HR Wyatt, EL Melanson. « Genetic and environmental contributions to obesity », *Medical Clinics of North America*, vol. 84, no 2, 2000, p. 333-346.
14. Krauss RM, M Winston, BJ Fletcher, et al. « Obesity: Impact on cardiovascular disease », *Circulation*, vol. 98, 1998, p. 1472-1476.
15. Alter DA, K Eny. « The relationship between the supply of fast-food chains and cardiovascular outcomes », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, no 3, 2005, p. 339.
16. Douketis JD, G Paradis, H Keller, et al. « Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, no 8, 2005, p. 995-998.
17. Gaven ML, SA Dowshe, N Izenber. *FitKids*. Toronto, Ontario, Canada, Dorling Kindersley Ltd, 2004.
18. Harder T, R Bergmann, G Kallischnigg, et al. « Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis », *Am J Epidemiol*, vol. 162, 2005, p. 397-403.
19. Gillman MW, SL Rifas-Shiman, CS Berkey, et al. « Breastfeeding and overweight in adolescence », *Epidemiology*, vol. 17, no 1, 2006, p. 112-114.



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
DU CANADA

À la conquête de solutions.