
5D Indice de masse corporelle chez les adolescents

Description

- Proportion d'adolescents, âgés entre 12 et 17 ans, qui « sont en surpoids ou sont obèses » selon les limites d'inclusion d'IMC spécifiques à l'âge et au sexe telles que définies par Cole et coll. d'après des tailles et poids autodéclarés.

Remarque : cet indicateur exclut les filles âgées de 15 à 17 ans qui étaient enceintes ou n'ont pas répondu à la question touchant la grossesse et les femmes qui allaitent.

Indicateurs spécifiques

- Indice de masse corporelle (IMC) chez les adolescents

Normes de la santé publique de l'Ontario (NSPO)

- Les Normes de la santé publique de l'Ontario (NSPO) mettent en place des standards pour les programmes et services fondamentaux de santé publique, lesquels sont appliqués par les conseils de santé. Les tâches associées comprennent l'évaluation et la surveillance, la valorisation de la santé et le développement de politiques, la prévention de maladies et de blessures, et la protection de la santé. Les NSPO sont composées d'une norme fondamentale et de 13 normes liées aux programmes. Elles définissent les objectifs sociétaux globaux découlant des activités des conseils de santé et d'autres administrations, y compris les partenaires communautaires, les organismes non gouvernementaux, et les organisations gouvernementales. Deux plans expriment les résultats : résultats sociétaux et résultats de conseil de santé. Les résultats sociétaux entraînent le besoin d'effectuer des changements sur le plan du statut de la santé, des organisations, des systèmes, des normes, des politiques, des environnements, des pratiques et des résultats obtenus dans divers secteurs de société, y compris les conseils de santé, dans le but d'améliorer la santé de la population dans son ensemble. Les résultats des conseils de santé proviennent de leurs efforts, et ces résultats sont souvent centrés sur les changements en lien avec la sensibilisation, les connaissances, les attitudes, les compétences, les pratiques, les environnements et les politiques. Les conseils de santé sont tenus responsables de ces résultats. De plus, les normes soulignent ce que les conseils de santé doivent mettre en application pour atteindre les résultats mentionnés.

Résultats liés à cet indicateur

- Résultat social (programme de prévention des maladies chroniques) : une proportion grandissante de la population vit, travaille et apprend dans des environnements sains qui contribuent à la prévention des maladies chroniques.
- Résultat social (prévention des maladies chroniques) : il existe une adoption grandissante de comportements et de compétences associées à la réduction du risque de maladies chroniques d'importance pour la santé publique.

Exigences en matière d'évaluation ou de surveillance en lien avec cet indicateur

- Le comité sur la santé effectuera une analyse épidémiologique des données de surveillance ...dans le domaine des poids santé (programme de prévention des maladies chroniques).

<http://www.ontario.ca/publichealthstandards>

Indicateurs de santé correspondants de Statistique Canada et de l'ICIS

- Votre indice de masse corporelle (IMC) (tel que défini par Cole et coll.)

<http://www.statcan.gc.ca/>

Cliquer sur Publications.

Taper « Indicateurs de recherche » dans le champ recherche.

Défiler vers le bas et cliquer sur la version html d'« Indicateurs de la santé »

Cliquer sur « Tables de données et cartes », ensuite sur « Indice de masse corporelle chez les jeunes »

Indicateur(s) de santé correspondant(s) provenant d'autres sources

Proportion de personnes âgées de 2 à 17 ans qui sont en surpoids ou sont obèses basé sur les limites d'inclusion spécifiques à l'âge et au sexe pour ceux qui sont en surpoids développées par Cole et coll. (2000)

Australian Institute of Health and Welfare :

<http://www.aihw.gov.au/index.cfm>

Cliquer sur 'Data online' > 'Chronic Disease Indicators' > 'Arthritis and musculoskeletal problems' > 'Proportion of persons aged 2-17 years who are overweight or obese'

Sources de données

Numérateur et dénominateur : [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\)](#)

Source initiale : Statistique Canada

Distribué par :

1. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO)
2. Statistique Canada

Citation suggérée (voir Notes de citation des données) :

1. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [année], Statistique Canada, Fichier de partage, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
2. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [année], Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion, Statistique Canada

Questions de l'enquête

Le module Taille et poids de l'ESCC recueille les mesures de tailles et de poids autodéclarées qui sont utilisées pour calculer l'IMC et les catégories de classification d'IMC.

Remarque : il existe des fichiers de syntaxe pour calculer l'IMC chez les adolescents durant les années précédentes de l'ESCC telles que définies par Cole et coll. On trouvera plus de renseignements au sujet

des fichiers de syntaxe dans la liste de vérification des analyses.

Source de données	Module	Question/Description	Catégories de réponses	Année	Variable
	Taille et poids - autodéclarés	Classification d'IMC pour les enfants âgés de 12 à 17 ans (autodéclarés) – système de classification Cole	Ni obèses ni en surpoids, Surpoids, Obèse, Sans objet, Indéterminé, Ne sait pas, Refus	2000/01	bmi_adol (fichier de syntaxe disponible)
				2003	bmi_adol (fichier de syntaxe disponible)
				2005	hwtedcol
				2007/08	hwtdcol
ESCC	Allaitement naturel	Allaitez-vous toujours ?	Oui, Non, Sans objet, Indéterminé, Ne sait pas, Refus	2000/01	brfa_03
	Expériences de maternité	Allaitez-vous toujours ?	Oui, Non, Sans objet, Indéterminé, Ne sait pas, Refus	2003	mexc_05
				2005	mexe_05
				2007/08	mex_05

Liste de vérification d'analyse

- Les fichiers de syntaxe nommés « **CCHS 2003 BMI Recode** » et « **CCHS 2000-01 BMI Recode** » fournissent la syntaxe pour calculer l'IMC pour les ESCC 2000/01 et 2003).
- La catégorie « surpoids ou obèse » a été choisie comme point de rapport pour fins de cohérence et de comparabilité avec la catégorie « surpoids ou obèse » dans l'indice de masse corporelle chez les adultes afin d'augmenter la taille de l'échantillonnage pour chaque unité de santé publique. Quand on la compare à la catégorie « ni obésité ni surpoids », nous recommandons de faire rapport sur la catégorie « surpoids ou obèse » car celle-ci fournit l'information dans une perspective de facteur de risque, laquelle peut constituer ensuite la source d'information pour les programmes de prévention de l'obésité. La catégorie « ni surpoids ni obésité » inclut les cas résiduels mais cette catégorie est difficile à interpréter étant donné qu'elle inclurait les cas de poids insuffisant et de poids normal. Si les comptages dans la catégorie « obèse ou surpoids » sont trop faibles, alors, les unités de santé publique peuvent choisir de produire leur rapport sur la catégorie « ni surpoids ni obésité ».

ESCC

- Bien que le calcul de l'IMC ne soit pas recommandé pour les femmes qui allaitent, l'indice de masse corporelle fourni par Statistique Canada dans le fichier de partage est calculé pour les

femmes qui déclarent allaiter naturellement (MEXn_05 = 1). Ces femmes devraient être exclues de l'analyse.

- Les comptages par sexe pourraient ne pas être présentables pour toutes les unités de santé publique. Se référer à l'information sur les lignes directrices ci-dessous (voir Lignes directrices de Statistique Canada pour plus de renseignements)
- On recommande aux services de santé publique d'utiliser le fichier partagé fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée plutôt que le Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) fourni par Statistique Canada. Le fichier partagé est basé sur un échantillonnage légèrement plus petit que le FMGD, car les répondants doivent accepter de partager leurs renseignements avec les autorités provinciales. Par contre, le fichier partagé comporte plus de variables et moins de groupement de catégories à l'intérieur des variables que le FMGD. Le fichier partagé comprend des données épurées convenant davantage aux analyses de l'Ontario, car toutes les variables qui ne faisaient pas partie du contenu courant, du contenu thématique ou du contenu optionnel pour l'Ontario ont été enlevées.
- Il peut y avoir de légères différences entre les résultats du fichier cummum et les données publiées sur le site Web de Statistique Canada pour les indicateurs de santé parce que les taux calculés pour les indicateurs de santé utilisent le fichier maître de données CCHS.
- Les participants qui n'ont pas fourni des réponses applicables devraient être exclus; cependant, il est important de comprendre d'où proviennent ces répondants en fonction de l'enchaînement des questions, afin d'être capable de cerner la population pertinente.
- Les utilisateurs doivent déterminer s'ils doivent inclure, ou non, les catégories « refus », « ne sait pas » et « non déclaré » dans le dénominateur. Les taux publiés dans la plupart des rapports, y compris dans la majorité des Rapports sur la santé publiés par Statistique Canada, excluent ces catégories de réponses. L'exclusion des réponses non déclarées du dénominateur suppose que les valeurs manquantes sont aléatoires, ce qui n'est pas toujours le cas. Cet aspect est particulièrement important lorsque la proportion de ces catégories de réponses est élevée.
- Les estimations doivent être pondérées adéquatement (généralement, en fonction de la pondération partagée pour l'ESCC) et arrondies.
- Les utilisateurs du fichier partagé de l'ESCC de l'Ontario doivent adhérer aux directives de publication de Statistique Canada en lien avec les données de l'ESCC avant de diffuser ou de publier, sous toutes formes, des données provenant du fichier. Veuillez vous référer au guide d'utilisation approprié pour obtenir les directives en matière de tabulation, d'analyse et de publication de données provenant de l'ESCC. En général, lorsque le calcul du coefficient de variation (CV) est effectué à partir du fichier partagé en utilisant des poids bootstrap, les utilisateurs ne doivent pas publier des estimations pondérées lorsque la valeur non pondérée de la cellule est inférieure à 10. En matière de ratios ou de proportions, cette règle doit être appliquée sur le numérateur du ratio. Statistique Canada utilise cette approche pour les données tabulaires de leur site Web. Lorsque les tables de variabilité approximative de l'échantillon (CV) sont utilisées avec le fichier partagé, les données ne peuvent pas être publiées lorsque la valeur non pondérée des cellules est inférieure à 30. Cette règle doit être appliquée au numérateur en matière de ratios et de proportions. Ceci permet d'obtenir une marge de sécurité sur le plan de la qualité de données, car le CV utilisé n'est qu'une approximation.
- Avant de diffuser ou de publier des données, les utilisateurs doivent déterminer le CV de l'estimation pondérée arrondie et se conformer aux directives ci-dessous :
 - **Acceptable (CV de 0,0 - 16,5 %)** les estimations peuvent faire l'objet d'une diffusion générale sans restriction. Il n'y aucune notation particulière prévue.
 - **Conditionnelle (CV de 16,6 - 33,3 %)** les estimations peuvent faire l'objet d'une diffusion générale sans restriction, mais il est nécessaire de mettre en garde les utilisateurs à propos de la variabilité d'échantillonnage élevée liée à ces estimations. De telles estimations doivent être identifiées par la lettre E (ou d'une autre manière semblable).
 - **Inacceptable (CV supérieur à 33,3 %)** Statistique Canada recommande de ne pas diffuser les estimations de qualité inacceptable. Cependant, si les utilisateurs choisissent

malgré tout de diffuser les estimations, celles-ci doivent être identifiées de la lettre F (ou d'une manière semblable) et l'avertissement suivant doit accompagner les estimations : « Nous avisons l'utilisateur que (spécifiez les données) ne sont pas conformes aux normes de qualité de Statistique Canada en lien avec ce programme statistique. Les conclusions tirées de ces données ne seront pas fiables et fort probablement invalides ». Ces données et tous résultats relatifs ne doivent pas être publiés. Si l'utilisateur choisit de publier ces données ou résultats, cet avis de non-responsabilité doit accompagner les données.

- Il faut faire preuve de prudence lors de la comparaison des résultats du cycle 1.1 (2000/2001) de l'enquête avec les résultats des années suivantes en raison du changement dans le mode de collecte de données. L'échantillon du cycle 1.1 contient une plus grande proportion de participants interrogés en personne que les autres échantillons, ce qui vient affecter la comparaison de certains indicateurs de santé clés. Pour consulter une copie complète de l'article de Statistique Canada intitulé « Effets du mode de collecte à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : une comparaison de l'IPAO et l'ITAO », veuillez visiter l'adresse suivante : http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D16_T9_V1-fra.pdf

Méthode de Calcul

$$\frac{\text{Population pondérée âgée de 12 à 17 ans en surpoids ou obèse}}{\text{Total pondéré de la population âgée de 12 à 17 ans}} * 100$$

Catégories de base

- Sexe : hommes et femmes
- Aires géographiques pour : ESCC - toutes les 36 régions de services de santé en Ontario

Commentaires sur l'indicateur

- Cet indicateur emploie de nouvelles méthodes pour calculer l'indice de masse corporelle chez les adolescents. Comparées aux graphiques d'IMC 2000 des Centers for Disease Control and Prevention, les limites d'inclusion nouvellement utilisées par l'International Obesity Task Force (IOTF) « ...peuvent être considérées comme étant plus acceptables sur le plan international parce qu'elles ont été basées sur les données de référence totalisées de six pays géographiquement répartis à travers le monde ». ¹ En outre, « pour comparer les données de prévalence pour l'IMC des populations canadiennes par rapport à d'autres populations, l'utilisation des graphiques d'IMC internationaux est recommandée à cause de leur diversité géographique ¹ ».
- La catégorie « surpoids ou obèse » a été choisie comme point de rapport pour fins de cohérence et de comparabilité avec la catégorie « surpoids ou obèse » dans l'indice de masse corporelle chez les adultes afin d'augmenter la taille de l'échantillonnage pour chaque unité de santé publique.
- L'évaluation de la croissance est l'outil unique le plus utile pour définir la santé et l'état nutritionnel chez les enfants tant au niveau individuel qu'au niveau de la population ¹.
- La prévalence d'enfants qui sont en surpoids ou obèses a augmenté au Canada ^{1,2} et dans d'autres pays à travers le monde ¹.
- La conséquence à long terme la plus critique de l'obésité infantile est sa persistance à l'état adulte, avec les risques de morbidité associés ³ y compris maladie cardiovasculaire,

hypertension, lipides anormaux, diabète type II et difficultés sociales, émotionnelles et cognitives^{1, 4, 5}.

- L'obésité chez les enfants et les adolescents est mesurée grâce à une méthode établie par l'International Obesity Task Force (IOTF). Les limites d'inclusion d'IMC pour le surpoids et l'obésité sont plus faibles pour les enfants et les adolescents que pour les adultes, elles sont spécifiques au sexe et augmentent de façon incrémentielle avec chaque année d'âge⁶. Faisant appel à trente années de données (1963-1993) provenant de six grandes études croisées sur la croissance représentatives au plan national effectuées au Brésil, en Grande-Bretagne, à Hong Kong, dans les Pays-Bas, à Singapour et aux États-Unis, les courbes centiles d'IMC ont été calculées pour passer à travers les points 25 (surpoids) et 30 (obésité) à l'âge de 18 ans. En outre, étant donné que le développement pubertaire influence les réserves lipidiques, les limites d'inclusion de l'IOTF sont sensibles à la maturation sexuelle⁷. Les taux d'obésité dans cette analyse s'appuient sur les critères de l'IOTF.
- Bon nombre de Canadiens et Canadiennes à faible revenu n'ont pas accès à assez de nourriture ou d'aliments nutritifs. En outre, le fait d'être à faible revenu peut avoir un impact sur les choix de nourriture, le poids et la santé⁸. Dans une étude canadienne, les étudiants de 5^e année de quartiers à revenu élevé étaient deux fois moins susceptibles d'être obèses que leur contrepartie des voisinages à faible revenu⁵.
- Consommer une diète riche en légumes et fruits contribue à maintenir un poids-santé adéquat⁹. Les adultes et les enfants canadiens qui ont mangé des légumes et des fruits moins de cinq fois par jour sont susceptibles de manière significative d'être en surpoids ou d'être obèses¹⁰.
- Une étude examinant la relation entre l'activité physique, les comportements sédentaires et l'indice de masse corporelle (IMC) chez les enfants a trouvé des preuves appuyant le lien entre l'inactivité physique et l'obésité chez les enfants canadiens¹¹.
- Si on se base sur l'échantillon pour l'Ontario pour l'ESCC 2005, 5,8 p. 100 des adolescents et 2,9 p. 100 des adolescentes étaient obèses, 18,1 p. 100 des adolescents et 12,0 p. 100 des adolescentes étaient en surpoids et 23,9 p. 100 des adolescents et 14,9 p. 100 des adolescentes étaient en surpoids ou étaient obèses (les valeurs inconnues ont été exclues de l'analyse). Par comparaison, l'obésité mesurée chez les adolescentes et adolescents ontariens en 2004 était de 11 p. 100 pour les garçons et 7 p. 100 pour les filles¹². Les répondants dans les sondages autodéclarés ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, ce qui conduit à une sous-estimation de l'IMC calculé.

Définitions

- Indice de masse corporelle (IMC) – le ratio entre le poids corporel et la taille au carré (kg/m²)
- Le tableau ci-après de Cole et coll.⁶ donne les limites d'inclusion d'IMC pour les adolescents qui se classifient comme étant en surpoids ou obèses. Les adolescents qui ne tombent pas dans ces deux catégories sont classifiés comme n'étant « ni en surpoids ni obèses ».

Âge (années)	Limite d'inclusion de surpoids d'IMC supérieure ou égale à :		Limite d'inclusion d'obésité d'IMC supérieure ou égale à :	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,2
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,3	29,11

15,5	23,6	24,17	28,6	29,29
16	23,9	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,7	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,7	29,84
18+	25	25	30	30

Renvois à d'autres indicateurs

- **Indice de masse corporelle chez les adultes** (Section 5D : Comportement et santé : Nutrition)
- **Insécurité alimentaire** (Section 2A : Environnement social et santé)
- **Consommation de fruits et légumes** (Section 5D : Nutrition et poids santé)
- **Indice d'activité physique** (Section 5C : Activité physique)

Référence(s) utilisée(s)

1. Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire. L'utilisation des courbes de croissance pour évaluer et surveiller la croissance des nourrissons et des enfants canadiens. *Can J Diet Prac Res* 2004;65:22-32. Disponible en ligne à : <http://www.dietitians.ca/resources/resourcesearch.asp?fn=view&contentid=2175> (Accès le 14 janvier 2009).
2. Carrière G. Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile *Rapports sur la santé*. Numéro spécial, supplément au volume 14, 2003 : La santé de la population canadienne
3. Rapport technique de l'OMS série 894. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Rapport sur une consultation de l'OMS. Genève: OMS, 2000.
4. Must A et Strauss RF. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Intl J Obesity* 1999;23 Suppl 2, S2-S11.
5. Veuglers PJ et Fitzgerald AL. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMAJ* 2005; 173(6):607-613.
6. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.
7. Cole TJ, Rolland-Cachera MF. Measurement and definition. Dans : Burniat W, Cole T, Lissau I, et coll. eds. *Childhood and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002: 3-27.
8. CMOH Report. Médecin hygiéniste en chef. Poids santé, vie saine. Ontario : ministère de la Santé, 2004 Disponible en ligne à : <http://www.health.gov.on.ca/> (Accès le 14 janvier 2009).
9. Tohill BC, Seymour J, Serdula M et coll. What epidemiological studies tell us about the relationships between fruit and vegetable consumption and body weight. *Nutrition Reviews* 2004; 62:365-374.
10. Shields, Margot. Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Catalogue n° 1- Mesure de l'obésité, L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada (Composante de Statistique Canada, Catalogue n° 82-620-MWE2005001). Ottawa, ON: Santé Canada, 2004.
11. Tremblay, MS et Willms, JD. Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *International Journal of Obesity* 2003; **27**:1100-1105.
12. Action Cancer Ontario. Cancer System Quality Index, 2007- Prevention Indicators, Selected Modifiable Cancer Risk Factors. Action Cancer Ontario, 2007. Disponible en ligne à :

<http://www.cancercare.on.ca/images/documents/Obesity-CSQI-2007.pdf> (Accès le 13 janvier 2009).

Autre(s) référence(s)

- He M. Measuring childhood obesity: A public health perspective. *PHERO* 2003;14(9):151-156.
- Santé Canada. Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes, 2003 (Cat n° H49-179/2003E). Ottawa, ON: Santé Canada, 2003. Disponible en ligne à :
à : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/index-eng.php> (Accès le 14 janvier 2009).
- Abraham S, Luscombe G, Boyd C, Olesen I. Predictors of the accuracy of self-reported height and weight in adolescent female school students. *Int J Eat Disord* 2004;36:76-82.
- Goodman E, Hinden BR, Khandelwal S. Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics* 2000;106(1):52-58.
- Himes J, Faricy A. Validity and reliability of self-reported stature and weight of US adolescents. *Am J of Human Biol* 2001;13:255-260.

Changements apportés

Date	Type de révision - révision formelle ou ad hoc?	Changements effectués par	Modifications
5 juin 2009	Révision officielle.	Sous-groupe d'indicateurs de base de saine nutrition et vie active.	<ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle section sur les résultats de Normes de santé publique de l'Ontario a été ajoutée pour remplacer la section sur les objectifs obligatoires correspondants. • Toutes les sections ont été mises à jour. • Cet indicateur a été aligné sur les critères d'IMC de Cole et coll. chez les adolescents et a remplacé l'alignement précédent de cet indicateur sur les normes CDC. Cet indicateur est maintenant en alignement avec la variable calculée de l'ESCC pour l'IMC chez les adolescents et intègre la nouvelle norme internationale établie par Cole. • Des nouveaux fichiers de syntaxe ont été créés pour calculer l'IMC chez les adolescents à partir des ESCC 200/01 et 2003.