

L'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir

Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologieⁱ

Steve Barnes, directeur des politiques

L'institut Wellesley est un institut de recherche et de politiques à but non lucratif et non partisan établi à Toronto. Sa mission est de faire des progrès dans le domaine de la santé de la population et de réduire les inégalités en matière de santé en donnant lieu à des changements sur les déterminants sociaux de la santé.

L'obésité est souvent vue comme étant connectée aux comportements individuels liés à la santé. Toutefois, de nombreuses preuves montrent les liens entre l'obésité et divers déterminants de la santé et démontrent les problèmes de santé de la population qui doivent être étudiés afin de réduire la prévalence de l'obésité au Canada. Nous présentons les arguments pour la prise de mesures en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé afin de réduire l'obésité au Canada.

Obésité et santé

Le problème croissant de l'obésité au Canada est bien connu. Un adulte canadien sur quatre (soit près de 6,3 millions d'habitants) était obèse en 2011-2012. Les taux d'obésité varient dans le pays, le plus bas étant de 20,4 % en Colombie-Britannique, et le plus élevé, de 35,3 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Les taux d'obésité sont également démesurés dans un certain nombre de villes canadiennes, dont Saint John, Grand Sudbury, St. John's, Brantford, Hamilton, Saskatoon et Thunder Bay. Il est notamment inquiétant de constater que, depuis 2003, la proportion de Canadiens obèses a augmenté de 17,5 %ⁱⁱ.

Le problème de l'obésité infantile est également important. Près du tiers (31,5 %) des jeunes canadiens faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses de 2009 à 2011ⁱⁱⁱ. Cette problématique représente une tendance croissante des dernières décennies : au cours des 25 dernières années, chez les adolescents canadiens âgés de 12 à 17 ans, le taux de surpoids a doublé et le taux d'obésité a triplé^{iv}. Les adolescents sont plus à risque que les adolescentes de souffrir d'embonpoint ou d'obésité^v. En 2005, le Canada occupait le troisième rang parmi les pays membres du G-7 en matière d'embonpoint et d'obésité, après les États-Unis et le Royaume-Uni^{vi}.

Les conséquences de l'obésité sur la santé sont bien connues. Les personnes atteintes d'embonpoint ou d'obésité risquent davantage d'être victimes de maladies coronariennes, de diabète de type 2, d'hypertension, d'un accident vasculo-cérébral, de maladies du foie et de la vésicule biliaire, d'apnée du sommeil et de problèmes respiratoires, d'arthrose, de problèmes gynécologiques et de certains types de cancers^{vii}. Les enfants qui sont obèses pendant l'adolescence risquent davantage de souffrir de maladies cardiovasculaires comme l'hypertension et l'hypercholestérolémie, de diabète de type 2, de stress et d'asthme. Ces risques et ces problèmes de santé persistent à l'âge adulte : les adolescents obèses risquent davantage d'être obèses à l'âge adulte et sont exposés à des risques plus élevés de souffrir de maladies du cœur, d'accidents vasculo-cérébraux, d'arthrose, de certains cancers et de dépression^{viii}. On estime que si les taux actuels d'obésité infantile se maintiennent, les enfants vivront 3 ou 4 ans de moins que les adultes d'aujourd'hui en raison de l'obésité^{ix}.

Les risques associés à l'obésité ne sont pas répartis de manière uniforme dans l'ensemble de la population. Les populations qui ont de faibles résultats en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé sont plus à risque d'être atteintes d'obésité. Le fait de toucher un faible revenu est plus répandu chez les nouveaux immigrants, les parents seuls, les personnes âgées, les aînés seuls, les Autochtones vivant hors réserve et les personnes handicapées^x. Un faible revenu contribue à un manque d'accès à d'autres déterminants de la santé, dont la sécurité alimentaire et l'accès à un environnement physique qui favorise une bonne santé. En raison de ces inégalités, il est important de prendre en compte l'équité en santé en ce qui concerne l'obésité. Les inégalités en santé sont des différences dans les résultats en matière de santé qui sont évitables, injustes, et systématiquement liés à l'inégalité sociale et aux désavantages. Les inégalités en matière de santé sont d'ordre structurel, ce qui veut dire qu'il est possible de changer les choses.

Inégalités en matière d'obésité infantile

Un des plus grands défis que représente l'abolition des inégalités en matière de santé est le fait que les enfants sont particulièrement touchés. Les enfants qui grandissent dans des familles à faible revenu et dans des quartiers défavorisés non seulement ont une moins bonne santé pendant leur enfance, mais ils connaissent également des problèmes de santé tout au long de leur vie.

Les enfants sont particulièrement sensibles aux facteurs environnementaux associés à la pauvreté. Les logements inadéquats ont un lien direct avec les taux de morbidité et de mortalité élevés, et les enfants sont particulièrement à risque. Par exemple, les enfants qui habitent dans des logements humides ou qui ont des moisissures sont davantage à risque d'être atteints de maladies chroniques, comme l'asthme, qui peuvent durer toute leur vie^{xi}. Par ailleurs, les enfants souffrent énormément lorsque des familles à faible revenu sont forcées de déboursier des sommes élevées pour payer un logement inabordable au détriment d'autres éléments essentiels comme la nourriture et le chauffage^{xii}.

Lutter contre l'obésité en abordant les déterminants sociaux de la santé

L'obésité n'est pas la conséquence d'un seul facteur; une chaîne complexe de facteurs mène à l'obésité^{xiii}. C'est pourquoi les interventions politiques sont nécessaires à divers stades de la chaîne pour s'attaquer à ses causes profondes. Les conditions de vie, en plus des options et des occasions qui se présentent aux personnes, ont des répercussions importantes sur l'obésité. Ainsi, les niveaux élevés d'obésité représentent un indicateur important de défis socioéconomiques profonds.

Réduire la pauvreté, réduire l'obésité

La pauvreté affecte la capacité des individus et des familles à combler les besoins de base comme l'accès à une alimentation saine, à un logement de qualité, à des services de garde, à des possibilités de loisir et à des services d'éducation de la petite enfance qui contribuent à une bonne santé. Les enfants qui grandissent dans la pauvreté sont plus à risque d'avoir une mauvaise santé tout au long de leur vie. Même si les enfants qui grandissent dans la pauvreté réussissent à grimper les échelons socioéconomiques au cours de leur vie adulte, ils sont plus à risque de souffrir de problèmes de santé physique ou mentale comme conséquences de leur enfance, dont l'asthme, le diabète et les maladies du cœur^{xiv}.

Le revenu moyen d'un quartier représente également un déterminant important de l'obésité : l'obésité est plus présente chez les hommes et les femmes qui vivent dans des milieux socioéconomiques défavorisés, quel que soit le revenu du ménage^{xv}. Au Canada, 24 % des enfants qui grandissent dans des quartiers aisés sont obèses, contre 35 % dans les quartiers défavorisés. On observe clairement un gradient dans lequel les taux d'embonpoint chez les enfants diminuent à mesure que l'on gravit l'échelle des revenus^{xvi}.

L'incapacité des individus et des familles à se procurer en quantité suffisante des aliments sains et nutritifs contribue pour beaucoup à l'obésité^{xvii}. En Ontario, une personne à faible revenu sur quatre affirme ne pas avoir assez à manger, se préoccupe du manque de nourriture, ou n'a pas accès aux aliments variés ou de qualité dont elle a besoin en raison d'un manque d'argent^{xviii}. Les obstacles financiers sont souvent exacerbés en raison de l'existence de déserts alimentaires dans les quartiers défavorisés. La nécessité d'utiliser les services de transport en commun, s'ils sont présents dans le quartier, pour accéder à une épicerie, peut représenter un obstacle majeur à l'accès à des aliments sains pour les personnes à faible revenu. Les banques alimentaires, dont dépendent les familles les plus démunies, offrent généralement des aliments dont la valeur nutritive est sous-optimale^{xix}. En ce qui concerne la collectivité, les taux d'obésité sont généralement plus faibles dans les quartiers qui disposent d'un bon accès à une multitude de magasins qui offrent des aliments nutritifs à des prix abordables^{xx}. Afin de prévenir et de contrôler le diabète, il est primordial d'avoir une alimentation saine riche en fruits et légumes frais. Toutefois, on retrouve généralement un grand nombre de restaurants-minute et peu d'épiceries qui offrent des aliments frais dans les milieux défavorisés^{xxi}.

À l'échelle gouvernementale, il est possible d'entreprendre de nombreuses initiatives pour réduire la pauvreté et, de ce fait, réduire les taux d'obésité. D'abord, le gouvernement fédéral devrait élaborer une stratégie de réduction de la pauvreté. Onze provinces et territoires ont déjà conçu et mis en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté et ont fait d'importants progrès. De nombreuses municipalités partout au Canada travaillent également à l'élaboration de telles stratégies. Le gouvernement fédéral pourrait appuyer les stratégies existantes de réduction de la pauvreté et apporter son aide en vue d'élargir les initiatives efficaces à tout le pays.

Un des éléments clés du succès de la Stratégie de réduction de la pauvreté de l'Ontario a été la mise en œuvre de la Prestation ontarienne pour enfants (POE), un supplément de revenu mensuel directement versé aux familles à faible revenu. Les prestations directes en argent sont un moyen efficace d'appuyer les personnes à faible revenu. Le gouvernement fédéral offre déjà la Prestation fiscale pour le revenu de travail (PFRT) aux personnes à faible revenu qui sont des travailleurs salariés, mais le niveau d'aide offert par le biais de ce programme est trop faible pour que l'on puisse remarquer des progrès importants en matière de réduction de la pauvreté. La PFRT devrait être

bonifiée pour veiller à ce qu'un plus grand nombre de Canadiens aient accès à cette aide et qu'ils soient en mesure de se sortir de la pauvreté.

Pour lutter contre la pauvreté, il est également important de prendre en compte les avantages non pécuniaires. Par exemple, un Canadien sur dix ne fait pas remplir son ordonnance en raison des coûts^{xxii}. Bien que chaque province et territoire offrent une certaine assurance-médicaments pour les populations sélectionnées, les travailleurs à faible revenu sont principalement exclus ou doivent déboursier une proportion importante du revenu de leur ménage pour des médicaments d'ordonnance avant qu'ils deviennent admissibles au soutien public. Lorsque des individus n'ont pas accès à une couverture des médicaments sur ordonnance, ils peuvent être obligés de payer leurs médicaments de leur poche, ce qui peut créer une pression financière importante et exacerber les problèmes de santé qui sont liés à l'obésité. Le gouvernement fédéral peut réduire la pauvreté et la santé précaire en mettant en œuvre un programme national d'assurance-médicaments qui assure un accès aux médicaments sur ordonnance pour tous les Canadiens.

Développement de la petite enfance

Il est important pour la santé des enfants qu'ils prennent un bon départ dans la vie. Les enfants qui connaissent un bon départ dans la vie ont de meilleurs résultats scolaires, obtiennent des emplois mieux rémunérés et disposent d'une meilleure santé physique et mentale au cours de leur vie adulte. Selon l'Organisation mondiale de la santé, un bon départ dans la vie se caractérise par le fait d'avoir une mère :

- qui a été en mesure de faire des choix éclairés en ce qui concerne sa santé génésique;
- qui était en santé pendant la grossesse;
- qui donne naissance à un bébé au poids normal.

Le bébé :

- fait l'expérience de relations chaleureuses et réceptives pendant l'enfance;
- a accès à des services de garde et à des services d'éducation de la petite enfance de haute qualité;
- évolue dans un environnement stimulant qui lui offre un accès sécuritaire aux jeux extérieurs^{xxiii}.

La prestation de services prénataux et de la petite enfance de haute qualité peut aider à compenser les répercussions des désavantages socioéconomiques sur le développement des jeunes enfants^{xxiv}. Cela signifie qu'il faut garantir que les femmes enceintes et les jeunes enfants ont accès aux éléments de soutien essentiels comme un logement sécuritaire, des aliments nutritifs, de l'air pur, des services de garde abordables, des services récréatifs accessibles et abordables, et des soins de santé de haute qualité.

Parmi les facteurs qui ont une incidence sur le développement des jeunes enfants, nombreux sont ceux qui sont liés au revenu, mais il existe aussi des liens avec les services qui offrent un environnement sain pour les enfants. L'accès à un logement abordable et de haute qualité est essentiel au développement d'un jeune enfant, mais de nombreux Canadiens ne sont pas en mesure d'habiter dans une maison saine et sécuritaire. Au niveau fédéral, il faut renforcer les investissements de capitaux et d'exploitation pour stabiliser et faire croître le nombre de logements abordables au pays.

L'accès à des services de garde d'enfants abordables et de haute qualité est également important. Dans bien des régions du pays, la garde d'enfants est inabordable pour bon nombre

de Canadiens, y compris les familles à revenu moyen. L'incapacité à payer la garde d'enfants entraîne une faible participation des femmes au marché du travail ainsi que l'utilisation d'options de garde d'enfants de faible qualité et souvent imprévisibles. Le gouvernement fédéral devrait élaborer un plan afin d'offrir des services de garde abordables pour tous les Canadiens.

S'attaquer aux facteurs du milieu

La façon dont les quartiers sont conçus a une incidence directe sur l'obésité. La présence de services comme les parcs, les centres récréatifs et les endroits qui vendent des aliments sains réduit le risque d'obésité et de diabète^{xxv}. Les enfants sont généralement moins actifs dans les nouveaux quartiers conçus principalement pour les véhicules, où les trottoirs sont souvent inexistantes, ce qui réduit la possibilité de marcher. Dans ces quartiers, on observe aussi généralement un manque d'aires de jeux extérieurs sécuritaires pour les enfants^{xxvi}.

L'existence de facteurs qui favorisent la santé dans l'environnement bâti et l'accès à ceux-ci reflètent généralement le revenu moyen du quartier. Les quartiers au statut socioéconomique élevé possèdent généralement davantage de caractéristiques qui encouragent l'activité physique que dans les quartiers défavorisés^{xxvii}. Les obstacles comme les frais d'utilisation dans les centres de loisirs peuvent également réduire l'accès à l'activité physique pour les enfants de familles défavorisées; les familles à faible revenu au Canada pratiquent généralement moins de sports récréatifs^{xxviii}.

Les réseaux de transport actif comme les trottoirs, les sentiers et les pistes cyclables encouragent les résidents à marcher ou à aller à vélo, ce qui réduit le risque de souffrir de maladies chroniques, de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et de certains types de cancer. Le transport actif a également des effets positifs sur la santé mentale puisque l'activité physique peut réduire les symptômes associés à la dépression, à l'anxiété et aux troubles paniques^{xxix}. La possibilité de marcher dans le quartier est associée à des niveaux d'activité élevés parmi les jeunes, tant comme moyen de transport actif, par exemple en se rendant à l'école à pied ou à vélo, que comme loisir^{xxx}.

De nombreux leviers politiques qui peuvent s'attaquer aux facteurs du quartier existent à l'échelle provinciale et municipale. Toutefois, le gouvernement fédéral peut appuyer le travail provincial et municipal en veillant à ce que le financement fédéral accordé aux initiatives qui modifient l'environnement bâti prenne en compte l'analyse des répercussions possibles sur la santé et que la priorité soit accordée aux initiatives qui ont une incidence positive démontrable sur la santé. Une telle approche serait particulièrement bénéfique dans de grands projets d'immobilisation comme la construction d'infrastructures de transport et la planification de collectivités viables appuyées par la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Coordonner les efforts

De plus en plus de gens comprennent que les problèmes socioéconomiques complexes nécessitent des solutions politiques intégrées et globales. Cela signifie qu'il est temps d'aller au-delà de la structure cloisonnée actuelle des ministères, des agences et des programmes, et des limites de compétences rigides entre les divers gouvernements^{xxxii}. Au moment de s'attaquer à des défis complexes comme celui de l'obésité, il importe de comprendre la façon dont les décisions politiques interagissent les avec les autres; des politiques non coordonnées peuvent avoir des effets négatifs sur les populations vulnérables^{xxxii}. L'Organisation mondiale de la santé indique que les effets des interventions sont généralement moindres si elles sont axées trop étroitement sur des individus ou des déterminants spécifiques de la santé. Les approches combinées qui

L'institut Wellesley est un institut de recherche et de politiques à but non lucratif et non partisan établi à Toronto. Notre priorité est la recherche et la création de solutions stratégiques communautaires aux problèmes de santé urbaine et de disparité sanitaire.

s'attaquent à divers déterminants sont plus efficaces et efficaces^{xxxiii}.

L'outil politique « la santé dans toutes les politiques » est recommandé par les agences internationales et est en cours d'élaboration dans bon nombre de pays dans le but de favoriser une politique intégrée et harmonisée. « La santé dans toutes les politiques » propose que les effets et les implications possibles sur la santé soient pris en compte au moment de la création de toutes les politiques. Un rapport du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations a mis l'accent sur la nécessité de l'existence d'approches de politiques intégrées pour s'attaquer aux déterminants de la santé^{xxxiv}. Les domaines convergents de politique qui ont une incidence sur l'obésité représentent une démonstration idéale de la façon dont une approche comme « la santé dans toutes les politiques » pourrait fonctionner au Canada. L'établissement de voies à suivre claires pour tous les ministères dans le but de réduire l'obésité et d'améliorer la santé aurait des retombées positives pour la société dans son ensemble.

Conclusions

Les causes de l'obésité sont complexes. Il est essentiel de comprendre les déterminants sociaux de la santé qui contribuent à l'obésité pour faire des progrès en matière de réduction de l'obésité au Canada. Les problèmes liés aux faibles revenus sont d'importance primordiale. Une meilleure adéquation du revenu peut améliorer de manière directe l'accès à d'autres déterminants de la santé comme la sécurité alimentaire et le logement. Comme avantage secondaire, un meilleur revenu peut également améliorer les comportements liés à la santé, augmentant ainsi l'efficacité des initiatives anti-obésité. En outre, le fait de modifier la façon dont les gouvernements prennent en compte les répercussions que les politiques, programmes et initiatives ont sur la santé dans l'ensemble des ministères, des agences et des champs de compétence peut améliorer la coordination, l'efficacité et l'efficience dans une variété de domaines.

ⁱ Le présent mémoire est une adaptation de Barnes, Steve. Réduire l'obésité infantile en Ontario en tenant compte des enjeux d'équité en santé, Institut Wellesley, octobre 2012.

ⁱⁱ Navaneelan, Tanya, et Teresa Janz, « Ajuster l'aiguille de la balance : l'obésité dans la population canadienne après correction pour tenir compte du biais des répondants », *Coup d'œil sur la santé*, Statistique Canada, mai 2014.

ⁱⁱⁱ Roberts, Karen C., Margot Shields, Margaret de Groh, Alfred Aziz et Jo-Anne Gilbert. « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011 », *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 3, septembre 2012.

^{iv} Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Document d'orientation sur la santé de l'enfant*, mai 2010.

^v Emploi et Développement social Canada, « Santé – Obésité », *Indicateurs de mieux-être au Canada* [TRADUCTION]. http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng.jsp?iid=6#M_4

^{vi} Emploi et Développement social Canada, « Santé – Obésité » [TRADUCTION].

^{vii} National Institutes of Health, « Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report », publication des NIH n° 98-4083, septembre 1998 [TRADUCTION].

^{viii} Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Document d'orientation sur la santé de l'enfant*; Agence de la santé publique du Canada, *Obésité au Canada : Aperçu*, 2009.

^{ix} Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Document d'orientation sur la santé de l'enfant*.

^x Murphy, Brian, Xuelin Zhang et Claude Dionne, *Le faible revenu au Canada : une perspective multi-lignes et multi-indices*, Statistique Canada, 2012; Booth, G.L., M.I. Creatore, P. Gozdyra, R.H. Glazier, « Ethnicity, Immigration and Diabetes », dans : Glazier, R.H., G.L. Booth, P. Gozdyra, M.I. Creatore, et A-M. Tynan, dir., *Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living – A Focus on Diabetes in Toronto: ICES Atlas*. Toronto, Ont. : Institut de recherche en services de santé, 2007 [TRADUCTION].

^{xi} Levy, J.I., LK Welker-Hood, J.E Clougherty, R.E. Dodson, S. Steinbach et H.P. Hynes, « Lung function, asthma symptoms, and quality of life for children in public housing in Boston: a case-series analysis », *Environmental Health: A Global Access Science Source*, vol. 13, n° 3, 2004 [TRADUCTION].

^{xii} Des éléments de preuve montrent que les mères à faible revenu peuvent sacrifier leur propre apport nutritionnel pour s'assurer que leurs enfants puissent manger. Voir Raine, Kim D, *Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population*, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

^{xiii} Voir Raine, Kim D, *Le surpoids et l'obésité au Canada*, pour une évaluation globale des déterminants individuels, comportementaux, environnementaux et sociaux de l'obésité.

^{xiv} Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Document d'orientation sur la santé de l'enfant*; Magnuson, K., et E. Votruba-Drzal, « Early Influences of Childhood Poverty », *Focus*, vol. 26, n° 2, automne 2009 [TRADUCTION].

^{xv} Agence de la santé publique du Canada, *Obésité au Canada*, 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>.

^{xvi} Oliver, L.N. et M.V. Hayes, « Neighbourhood socio-economic status and the prevalence of overweight Canadian children and youth », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 96, n° 6 [TRADUCTION].

^{xvii} Morland, K.B et K.R Evenson, « Obesity prevalence and the local food environment », *Health and Place*. vol. 15, n° 2, juin 2009 [TRADUCTION].

^{xviii} Bierman, A.S., A. Johns, B. Hyndman, C. Mitchell, N. Degani, A.R. Shack, M.I. Creatore, A.K. Lofters, M.L. Urquia, F. Ahmad, N. Khanlou et V. Parlette, « Social Determinants of Health and Populations at Risk », sous la direction d'A.S. Bierman, « Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes : volume 2 », Toronto, 2012 [TRADUCTION].

^{xix} Raine, « Le surpoids et l'obésité au Canada », p. 34.

^{xx} Morland et Evenson, « Obesity prevalence and the local food environment » [TRADUCTION].

^{xxi} S. Kumanyika & S. Grier, « Targeting Interventions for Ethnic Minorities and Low-Income Populations », *The Future of Children*, vol. 16, n° 1, printemps 2006 [TRADUCTION].

^{xxii} Law, M.R., L. Cheng, I.A. Dhalla, D. Heard et S.G. Morgan, « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, janvier 2012 [TRADUCTION].

^{xxiii} Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, « Health 2020: Policy and Research Strategy. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf.

^{xxiv} Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, « Health 2020 ».

^{xxv} Bierman et coll., « Social Determinants of Health and Populations at Risk » [TRADUCTION]. ^{xxvi} Bierman et coll., « Social Determinants of Health and Populations at Risk » [TRADUCTION].

^{xxvii} Raine, « Le surpoids et l'obésité au Canada ».

^{xxviii} Raine, « Le surpoids et l'obésité au Canada ».

^{xxix} Bureau de santé publique de Toronto. « Road to Health: Improving walking and cycling in Toronto », 2012, consulté le 25 mai 2015 [TRADUCTION]. <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2012/hl/bgrrd/backgroundfile-46520.pdf>.

^{xxx} Casey, R., J.M Oppert, C. Weber, H. Charreire, P. Salze, D. Badariotti, A. Banos, C. Fischler, C. Giacomani Hernandez, B. Chaix et C. Simon, « Determinants of childhood obesity: What can we learn from built environment studies? », *Food Quality and Preference* 31, 2014 [TRADUCTION].

^{xxx} Organisation mondiale de la santé, *Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population*, 2009.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf>.

^{xxxii} Pour une analyse des approches en matière de santé de la population qui accordent la priorité à la mise en place de politiques cohérentes et à l'efficacité collective pour s'attaquer au problème de l'obésité infantile, voir K.M. Clinton, « Preventing Youth Overweight and Obesity: A Population Health Perspective », *Collection d'études transdisciplinaires en santé des populations*, vol. 1, n° 1 [TRADUCTION].

^{xxxiii} Organisation mondiale de la santé, *Approches de la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population*.

^{xxxiv} Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations*, juin 2009.

<http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>.