

Surpoids et obésité chez les étudiants de 15 à 24 ans : déterminants et actions préventives ciblées, cas de l'université de Moncton et du Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick (mai à août 2025)

Présenté par

Irakoze Vanessa

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale** ▾

Directeur de mémoire : Professeur Dako Étienne

Professeur Titulaire

Université de Moncton

le **4 oct. 2025**

Devant le jury composé de :

Professeur Seck Ibrahima Président

Prof Titulaire

Université Cheikh Anta Diop

Professeur Savadogo Léon G Blaise Examineur

Prof Titulaire et Directeur du département Santé

Université Senghor

Remerciements

Ce travail est le fruit de l'implication et du soutien de nombreuses personnes auxquelles j'exprime ma profonde gratitude.

Je remercie sincèrement :

Le directeur du département santé, Pr Léon G. B. SAVADOGO, pour sa disponibilité et son leadership, qui ont créé un environnement favorable à la réussite ;

La directrice de la scolarité, Madame Alice MOUNIR, et l'assistante de direction du département santé Madame Magui ABDO, pour leur écoute attentive et leur dévouement ;

L'ensemble des enseignant(e)s de l'université, pour les connaissances transmises le long de cette formation ;

Mon encadreur de stage et directeur de mémoire, Professeur Etienne DAKO, pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité, qui ont largement contribué à la réalisation de ce mémoire ;

Le président et les membres du jury, pour l'honneur qu'ils me font en acceptant d'évaluer ce travail ;

Le personnel de l'Université de Moncton, en particulièrement celui de la faculté des sciences de la santé et des services communautaires (FSSSC) et de l'École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales (ÉSANÉF), pour l'accueil chaleureux et le cadre de travail riche en apprentissage, ainsi que Madame Émilie KOCH, adjointe administrative, pour sa collaboration et son précieux appui ;

Mes collègues de la 19^{ème} promotion, et plus particulièrement ceux du département santé, pour les échanges constructifs et la solidarité qui ont marqué notre parcours ;

Mes ami(e)s et proches, pour leurs encouragements et leur soutien constant durant toute la formation,

Enfin, j'adresse une pensée de gratitude à toute personne qui, d'une manière ou d'une autre, a contribué dans ce parcours.

Dédicace

Je dédie ce mémoire :

À la mémoire de mon père, à qui je promets de rester toujours une fierté ;

À ma mère, dont la force, la patience et les prières m'ont inlassablement portée ;

À mes frères et à ma sœur, pour votre amour et votre soutien réconfortants ;

À la famille Léonidas HICUBURUNDI, pour votre présence bienveillante et vos encouragements qui ont facilité ce parcours ;

À Daniella NTAKIRUTIMANA et Ange Merveille ITANGITEKA, dont l'affection et la générosité m'ont profondément marquée ;

À mon mari, dont l'amour, la compréhension et les sacrifices ont rendu possible cette œuvre.

Ce mémoire est le reflet de votre soutien indéfectible et de la confiance que vous avez toujours placée en moi.

Vanessa IRAKOZE

Résumé

La prévalence de l'obésité a doublé chez les adultes et quadruplé chez les jeunes au cours des dernières décennies, représentant un défi majeur de santé publique. Cette étude transversale descriptive, menée à Moncton entre juillet et août 2025, a examiné le surpoids, l'obésité et leurs déterminants chez des étudiants âgés de 15 à 24 ans inscrits à l'Université de Moncton et au CCNB.

Le surpoids et l'obésité touchaient respectivement 23,2 % et 16,3 % des participants. L'échantillon était majoritairement féminin (69,8 % ; sex-ratio = 0,43), principalement issu de l'Université de Moncton (83,7 %), avec un âge moyen de $21,5 \pm 2$ ans. La durée du sommeil était le seul facteur significativement associé à l'IMC : les étudiants en surpoids/obésité déclaraient plus souvent un sommeil nocturne excessif (35,3 % vs 7,7 % ; $p = 0,042$) et moins souvent un sommeil adéquat (41,2 % vs 76,9 %). Aucune différence significative n'a été observée pour l'activité physique, le temps passé devant les écrans ou la consommation d'aliments à risque. Des tendances suggéraient toutefois l'influence de facteurs environnementaux et héréditaires, tels que la proximité de restaurants de restauration rapide et les antécédents familiaux d'obésité.

La durée du sommeil apparaît donc comme le principal déterminant modifiable de l'excès de poids. Les interventions devraient promouvoir un sommeil suffisant, réduire l'exposition à des environnements alimentaires obésogènes et cibler les étudiants à haut risque avec des stratégies adaptées.

Mots-clefs : surpoids, obésité, étudiants, adolescents, jeunes adultes

Abstract

Obesity prevalence has doubled among adults and quadrupled among youth in recent decades, representing a major public health challenge. This descriptive cross-sectional study, conducted in Moncton between July and August 2025, examined overweight, obesity, and their determinants among students aged 15–24 at the University of Moncton and CCNB.

Overweight and obesity affected 23.2% and 16.3% of participants, respectively. The sample was predominantly female (69.8%; sex ratio = 0.43), mostly from the University of Moncton (83.7%), with a mean age of 21.5 ± 2 years. Sleep duration was the only factor significantly associated with BMI: overweight/obese students more often reported excessive nocturnal sleep (35.3% vs. 7.7%; $p = 0.042$) and less often adequate sleep (41.2% vs. 76.9%). No significant differences were observed for physical activity, screen time, or consumption of high-risk foods. Trends suggested environmental and hereditary influences, such as proximity to fast-food outlets and family history of obesity.

Sleep duration appears to be the main modifiable determinant of excess weight. Interventions should promote adequate sleep, reduce exposure to obesogenic environments, and target high-risk students with tailored strategies.

Key-words : overweight, obesity, students, adolescents, young adults

Liste des sigles et acronymes

BMI	Body mass index
CCNB	Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ECHO	Ending Childhood Obesity
HLSP	Healthy Learners in School Program
IMC	Indice de masse corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
MNT	Maladies non transmissibles
NCD	Non communicable disease
OMS	Organisation mondiale de la santé
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité

Tables des matières

Remerciements	2
Dédicace	3
Résumé	3
Abstract	4
Liste des sigles et acronymes	5
Tables des matières	7
1. Introduction	9
2. Revue de la littérature	11
2.1. Définitions des concepts et classifications	11
2.2. Évolution et tendances du surpoids et de l'obésité	13
2.3. Déterminants du surpoids et de l'obésité	14
2.3.1 Facteurs individuels	14
2.3.2 Facteurs comportementaux et liés au mode de vie	14
2.3.3 Facteurs socio-économiques et environnementaux	14
2.3.4 Facteurs liés au sommeil	15
2.3.5 Facteurs psychologiques et santé mentale	15
2.4. Conséquences du surpoids et de l'obésité	15
2.4.1. Conséquences immédiates	15
2.4.2. Conséquences tardives (à long terme)	16
2.5. Stratégies de lutte contre le surpoids et l'obésité	17
2.5.1. Recommandations internationales	17
2.5.2. Politiques interventionnelles canadiennes	18
2.5.3. Mesures préventives provinciale et locale	19
2.6. Justification de l'étude	21
2.7. Objectifs	22
2.7.1. Objectif général	22
2.7.2. Objectifs spécifiques	22
3. Méthodologie	24
3.1. Site et période d'étude	24
3.2. Type d'étude	24
3.3. Population cible	24
3.3.1. Critères d'inclusion	24
3.3.2. Critères d'exclusion	24
3.4. Taille de l'échantillon	24
3.5. Méthodes et techniques de collecte des données	25

3.6. Variables étudiées	25
3.7. Analyse statistique	26
3.8. Aspects éthiques	27
3.9. Difficultés rencontrées	27
4. Résultats et Discussion	28
4.1. Résultats	28
4.1.1 Caractéristiques socio-démographique et économique	28
4.1.2 Évaluation du profil anthropométrique	31
4.1.3 Habitudes alimentaires	32
4.1.4 Activité physique	34
4.1.5 Temps d'écran quotidien (télévision, ordinateur, tablette, téléphone, jeux vidéo) pendant les temps libres	36
4.1.6 Durée et qualité du sommeil nocturne	36
4.1.7 Environnement familial/ pairs	37
4.1.8 Environnement résidentiel	38
4.1.9 Caractéristiques sociodémographiques selon l'IMC corrigé	39
4.2. Discussion des résultats	47
4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques	47
4.2.2 Déterminants associés au surpoids et à l'obésité	48
4.3. Limites de l'étude	51
5. Conclusion et recommandations	53
6. Références bibliographiques	55
7. Liste des illustrations	61
8. Liste des tableaux	61
9. Annexes	62
Annexe 1 : Questionnaire de recueil des données	62
Annexe 2 : Consentement pour l'étude.	66
Annexe 3 : Certificat d'approbation du comité d'éthique	70

1. Introduction

L'excès de poids constitue aujourd'hui l'un des principaux défis actuels de santé publique dans le monde. Entre 1990 et 2022, la prévalence de l'obésité a doublé chez les adultes et a été multipliée par quatre chez les jeunes âgés de 5 à 19 ans ([« Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022 », 2024](#)). Cette transition épidémiologique (ou progression rapide) s'explique notamment par l'urbanisation croissante qui modifie les modes de vie, les crises économiques favorisant la consommation d'aliments ultra transformés plus accessibles, la sédentarité accrue, ainsi que l'influence du climat et l'environnement sur les habitudes alimentaires. L'absence d'activité physique régulière contribue également à l'installation d'un environnement obésogène ([Obesity and overweight, s. d.](#)).

Au Canada, les adolescents et les jeunes sont regroupés dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans selon le cycle de vie des catégories d'âge ([Gouvernement du Canada, 2014](#)). Cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est déterminante pour l'adoption de comportements de santé durables. En effet, les pratiques alimentaires et l'activité physique mises en place durant cette étape tendent à se maintenir à l'âge adulte, en faisant de cette tranche d'âge une fenêtre d'intervention stratégique pour la prévention et la promotion de la santé ([Santé des adolescents, s. d.](#)). Les enfants en surpoids ou obèses présentent un risque accru de le demeurer à l'adolescence et à l'âge adulte, avec des répercussions multiples sur la santé physique, les résultats scolaires et la qualité de vie. Bien que l'excès de poids et l'obésité touchent l'ensemble des jeunes Canadiens, toutes catégories sociales confondues, le statut socio-économique demeure néanmoins un facteur déterminant influençant leur prévalence et leurs conséquences ([Agence de la santé publique du, 2010; Obesity and overweight, s. d.](#)).

Selon l'OMS, la prévalence du surpoids et de l'obésité ne cesse de croître dans le monde depuis trois décennies. En 2022, 43% des adultes de plus de 18 ans étaient en surpoids et 16% obèses, tandis que chez les jeunes de 5 à 19 ans, ces proportions atteignaient respectivement 20% et 8% ([Obesity and overweight, s. d.](#)). En Europe, la situation est tout aussi préoccupante. En France, l'étude ESTEBAN a révélé que 17 % des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids, dont 4% obèses ([Verdot, s. d.](#)). En Allemagne, l'étude KiGGS a estimé la prévalence du surpoids à 15% et celle de l'obésité à 5,9% chez les 3 à 17 ans, tandis que 11 % des jeunes adultes de 18 à 29 ans étaient obèses ([Schienkiewitz et al., 2018; Starker et al., 2025](#)). En Angleterre, la prévalence de l'obésité était de 14% chez les 16-24 ans et de 29% chez les adultes, tandis que 27% des enfants de 2 à 15 ans étaient en surpoids, dont 15% obèses ([Adult Overweight and Obesity, s. d.; Children's Overweight and Obesity, s. d.](#)).

En Amérique du Nord, les données apparaissent encore plus préoccupantes. Globalement, 67% de la population est en surpoids ([Obesity and overweight, s. d.](#)). Aux États-Unis, 41,9% des adultes sont obèses et 20% des jeunes de 2 à 19 ans présentent également cette

condition ([State of Obesity 2023, s. d.](#)). Au Canada, près d'un tiers des adultes de 18 ans et plus (30 %) étaient obèses en 2022 ([Gouvernement du Canada, 2024](#)). Dans la province du Nouveau-Brunswick, où se situe la ville de Moncton, cette proportion est encore plus élevée atteignant 43% chez les adultes obèses ([Gouvernement du Canada, 2024](#)). Dans la région de santé de Moncton, plus d'un quart des adolescents se déclarent en surpoids (26,1%) ou obèses (27%) ([Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, s. d.; CSNB - Profil de santé de la population 2022 - Zone 1 0.pdf, s. d.](#)). Ces données soulignent l'ampleur du problème et la nécessité d'examiner de près la situation spécifique des adolescents et jeunes de Moncton. Une telle analyse est essentielle pour développer des interventions ciblées et adaptées, visant à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité au sein de cette population. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude. Afin d'apporter des réponses à cette problématique et de proposer des interventions pertinentes, il est indispensable de procéder à une revue de la littérature. Le chapitre suivant a donc pour objectif d'élaborer un cadre théorique et conceptuel, de définir les différents concepts, de décrire les déterminants associés ainsi que les interventions préventives, afin de mieux contextualiser la problématique spécifique à la population étudiante.

2. Revue de la littérature

2.1. Définitions des concepts et classifications

Le surpoids et l'obésité sont caractérisés par l'accumulation de masse grasse corporelle susceptible d'entraîner des problèmes de santé. Leur évaluation repose principalement sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), obtenu en divisant le poids exprimé (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré. Chez les adolescents, l'IMC doit être interprété en fonction de l'âge et du sexe, afin de tenir compte des variations liées à la croissance. La mesure du tour de taille (en centimètres) constitue également un indicateur complémentaire permettant d'évaluer la répartition de la masse grasse et le risque cardiométabolique ([OMS, s. d.](#)).

Selon l'OMS, l'adolescence correspond à la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, soit de 10 à 19 ans, tandis que l'âge adulte commence à partir de 20 ans ([Santé des adolescents, s. d.](#)). Au Canada, toutefois, la définition usuelle regroupe les adolescents et les jeunes adultes dans une tranche d'âge plus large allant de 15 à 24 ans, en fonction des catégories du cycle de vie ([Gouvernement du Canada, 2014](#)). Dans le cadre de notre étude, nous retenons cette classification canadienne, jugée plus pertinente pour notre population cible.

La classification du surpoids et de l'obésité vise à faciliter leur surveillance et à orienter les mesures de prévention et d'intervention précoce.

La classification du surpoids et de l'obésité vise à faciliter leur surveillance et à orienter les mesures de prévention et d'intervention précoce. Les trois principales références utilisées à l'échelle internationale sont celles de :

- l'OMS ;
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ;
- International Obesity Task Force (IOTF).

Toutes reposent sur l'IMC, introduit initialement sous le nom d'indice de Quetelet par Adolphe Quetelet en 1832, puis renommé indice de masse corporelle par Ancel Keys en 1972 ([Eknoyan, 2008](#)).

L'approche de l'OMS pour la classification du statut pondéral chez les enfants et adolescents est basée sur les Z-scores (ou écarts-types). Ces Z-scores mesurent à l'écart entre l'IMC d'un enfant et la médiane de la population de référence de l'OMS, considérée comme un modèle de croissance saine.

Selon les critères de l'OMS, un enfant ou un adolescent (5 à 19 ans) est classé comme obèse si son IMC pour l'âge se situe au-dessus de la ligne correspondant à +2 écarts-types par rapport à la médiane (Z-score > +2) et équivaut à un IMC de 30 kg/m² à 19 ans.

Un IMC pour l'âge qui dépasse la ligne de +1 écart-type, équivalent à un IMC de 25 kg/m² à 19 ans est classé comme surpoids. Cette catégorie indique que le sujet a un poids excessif par rapport à sa taille et à son âge, ce qui peut augmenter le risque de développer des problèmes de santé à l'avenir ([Growth reference 5-19 years - BMI-for-age \(5-19 years\), s. d.](#)).

Contrairement à l'OMS qui utilise les Z-scores, les CDC utilisent les percentiles pour classer le statut pondéral. Les normes du CDC de 2000, issues de données américaines. Selon les CDC, un enfant ou un adolescent est considéré comme :

- Obèse si son IMC pour l'âge est égal ou supérieur ou égal au 95^e percentile ;
- En surpoids si son IMC pour l'âge se situe entre le 85^e et le 95^e percentile exclus ([« Guide du professionnel de la santé pour l'usage des courbes de croissance », 2004](#)).
- L'IOTF adopte une autre méthode, reposant sur des seuils d'IMC ajustés pour l'âge et alignés sur les seuils adultes :
- Obésité : IMC $\geq$ seuil équivalent à 30 kg/m² à l'âge adulte ;
- Surpoids : IMC $\geq$ seuil équivalent à 25 kg/m² à l'âge adulte ;

Ces seuils varient avec l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, mais convergent à 18 ans vers les valeurs adultes ([Cole et al., 2000](#)).

Au Canada, les recommandations reposent sur les courbes de croissances de l'OMS, adaptées depuis 2010 et mises à jour en 2014.

Chez un enfant ou un adolescent (5 à 19 ans), on parle d'obésité lorsque l'IMC calculé est supérieur au 97^e percentile.

Le surpoids se situe entre les valeurs de l'IMC du 85^e et 97^e percentile dans la même catégorie d'âge ([« Guide du professionnel de la santé pour l'usage des courbes de croissance », 2004](#)).

Enfin, il est essentiel de rappeler que la prévalence du surpoids ou de l'obésité correspond à la proportion d'une population présentant cette caractéristique à une période donnée. Elle s'exprime généralement en pourcentage ou en nombre de cas pour 10 000 ou 100 000 personnes ([National Institute of Mental Health, s. d.](#)).

Tableau 1 : Classifications du surpoids et de l'obésité

Source	Population	Indicateur	Surpoids	Obésité
OMS	5–19 ans	Z-score IMC/âge	> +1 ($\approx$ 25 à 19 ans)	> +2 ($\approx$ 30 à 19 ans)

CDC	2–19 ans	Percentiles IMC/âge	85 ^e –<95 ^e percentile	≥95 ^e percentile
IOTF	2–18 ans	Courbes IMC spécifiques	IMC 25 à 18 ans	IMC 30 à 18 ans
Canada	5–19 ans	Courbes OMS adaptées	85 ^e –<97 ^e percentile	≥97 ^e percentile
OMS (Adultes)	≥18 ans	IMC	25–29,9	≥30

2.2. Évolution et tendances du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité connaissent une progression constante à l'échelle mondiale. En 2021, près de 20,3 % de jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient en surpoids ou obèses soit environ 80,6 millions de personnes vivant avec l'obésité. Globalement, la prévalence de l'obésité a triplé, passant de 2,0 % en 1990 à 6,8 % en 2021, tout âge confondu. Dans la tranche des 15-24 ans, elle est passée de 1,9 % en 1990 à 6,6 % en 2021. Les projections indiquent qu'à l'horizon 2050, environ 390 millions de jeunes de 15 et 24 ans seront en surpoids ou obèses. Parmi eux, 175 millions devraient vivre spécifiquement avec l'obésité, représentant une prévalence estimée à 14,2 %. Une croissance particulièrement marquée en 2030. Toutefois, la prévalence de l'obésité chez les 15-24 ans devrait rester légèrement inférieure à celle des 5-14 ans, malgré une augmentation significative ([« Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050 », 2025](#)).

En Amérique du Nord, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les 15-24 ans atteignait 20,0 % en 2021, dont 14,9 % uniquement pour l'obésité. Une tendance particulière se dégage : la transition vers la prédominance de l'obésité par rapport au surpoids a été observée avant 2021 chez les femmes à revenu élevé. Cette évolution s'est même produite dès 2010 au Canada pour les adolescentes ([« Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050 », 2025; Gouvernement du Canada, 2014](#)). Si la tendance actuelle se maintient, les projections annoncent une prévalence très élevée en Amérique du Nord d'ici 2050. Aux États-Unis, plus de la moitié des enfants et adolescents pourraient être en situation d'excès pondéral, soit 43 millions d'individus ([« National-level and state-level prevalence of overweight and obesity among children, adolescents, and adults in the USA, 1990–2021, and forecasts up to 2050 »,](#)

[2024](#)). Dans l'ensemble, l'Amérique du Nord devrait devenir la région la plus touchée au monde, avec près de 50 % des enfants et adolescents en surpoids ou obèses d'ici 2050 ([Kerr et al., 2025](#)).

Au Canada, l'obésité infantile et juvénile a connu une forte progression entre 1978 et 2004, doublant pour atteindre 12,9%. Chez les adolescents de 12 à 17 ans, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a légèrement augmenté entre 2004 à 2015 (33%) et 2015 (35,6%), avant de diminuer pour atteindre 31,6% en 2019 ([A. de la santé publique du Canada, 2025](#)).

2.3. Déterminants du surpoids et de l'obésité

La prévalence élevée du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et jeunes adultes résulte d'une interaction complexe de facteurs génétiques, individuels et comportementaux, environnementaux et socio-économiques.

2.3.1 Facteurs individuels

Les prédispositions génétiques et épigénétiques jouent un rôle important, bien qu'elles ne suffisent pas à elles seules à expliquer l'obésité. Ainsi, chez certains individus :

- La présence de mutations géniques peut favoriser l'accumulation excessive de graisses ;
- L'hérédité constitue un facteur déterminant : un enfant ayant des parents obèses présente 70% de risque de développer l'obésité. Le risque est multiplié par trois à l'âge adulte si les deux parents sont obèses ([Froguel, 2015](#)) ;
- L'intolérance au glucose maternelle accroît le risque de macrosomie néonatale, ce qui augmente ultérieurement la probabilité de surpoids et du diabète de type 2 ([Dixon et al., 2012](#)).

À l'inverse, certains facteurs biologiques protecteurs existent. L'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois réduit le risque de surpoids et d'obésité. Lorsqu'il est prolongé jusqu'à 9 mois, il peut réduire de plus de 30% le risque de développer l'obésité durant l'enfance et l'adolescence ([Sutherland, 2021](#)).

2.3.2 Facteurs comportementaux et liés au mode de vie

Les habitudes alimentaires jouent un rôle central :

- Consommation excessive de boissons sucrées et de fast food, contribuent à la survenue du surpoids et de l'obésité ;
- Sauter du petit déjeuner ;
- Mauvaise organisation alimentaire des repas à domicile et à l'école.

Ces comportements sont associés à une probabilité plus élevée d'obésité, particulièrement chez les adolescents issus de milieux défavorisés ([Sigmund et al., 2023](#)).

De plus, un faible niveau d'activité physique et un temps excessif consacré aux écrans accroissent le risque de surpoids et d'obésité. À l'inverse, la pratique régulière d'une activité physique modérée à intense est un facteur protecteur reconnu ([Reuter et al., 2024](#); [Sigmund et al., 2023](#)).

2.3.3 Facteurs socio-économiques et environnementaux

Le statut socio-économique influence fortement le risque d'obésité. En effet, c'est un déterminant important du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et les jeunes.

- Les adolescents issus de familles à faible revenu sont davantage exposés à l'insécurité alimentaire et ont un accès limité à des aliments nutritifs, favorisant la consommation d'aliments ultra-transformés ;
- Les environnements urbains qui limitent l'accès aux infrastructures de loisirs ou aux transports actifs renforcent également le risque de comportements sédentaires ([Batioja et al., 2024](#); [Williams et al., 2024](#)).

2.3.4 Facteurs liés au sommeil

Le manque de sommeil est identifié comme un déterminant important. Les adolescents qui dorment moins que le nombre d'heures recommandé présentent un risque d'obésité deux fois plus élevé que ceux ayant un sommeil suffisant. Le déficit de sommeil modifie les processus métaboliques et entraîne une augmentation de l'apport calorique. Par ailleurs, l'apnée du sommeil, fréquente chez les jeunes obèses, est associée à une résistance à l'insuline et à un risque cardiovasculaire accru ([Gohil & Hannon, 2018](#)).

2.3.5 Facteurs psychologiques et santé mentale

La dépression et d'autres problèmes de santé mentale sont souvent associés au surpoids et à l'obésité. En effet, la relation entre santé mentale et obésité est bidirectionnelle :

- Les adolescents et les jeunes adultes souffrant de dépression ou d'anxiété sont plus enclins à développer une obésité, en raison de comportements alimentaires inadaptés et d'un manque à pratiquer une activité physique ;
- Inversement, le surpoids et l'obésité peuvent générer des problèmes psychologiques tels que l'anxiété, la stigmatisation sociale ou la baisse de l'estime de soi ([Kilpi & Howe, 2023](#)).

La complexité de ces facteurs nécessite des approches globales et multisectorielles en matière de prévention et de prise en charge efficace.

2.4. Conséquences du surpoids et de l'obésité

Chez les adolescents et jeunes adultes, les conséquences du surpoids et de l'obésité peuvent se manifester à court terme dès l'adolescence ou apparaître à long terme persister jusqu'à l'âge adulte.

2.4.1. Conséquences immédiates

Les adolescents obèses présentent un risque accru de développer des perturbations métaboliques précoces, notamment :

- La résistance à l'insuline ;
- Les dyslipidémies ;
- Les anomalies tensionnelles.

Des troubles respiratoires comme l'apnée obstructive du sommeil touchent jusqu'à 56 % des jeunes obèses ([Patinkin et al., 2017](#)). Ce sommeil fragmenté entraîne de la somnolence diurne, une baisse de la concentration, une altération de l'humeur et par conséquent, une diminution du rendement scolaire ([Kansra et al., 2021](#)).

Sur le plan neurocognitif, l'excès de poids peut altérer les fonctions de contrôle, de prise de décision et affecter la structure et le fonctionnement cérébral, ce qui se répercute négativement sur la performance scolaire ([Ronan et al., 2020](#)).

Par ailleurs, l'obésité est un facteur déterminant de l'apparition précoce du diabète de type 2, autrefois rare chez les moins de 20 ans. Ce lien s'explique notamment par une diminution de l'activité mitochondriale, induisant un processus inflammatoire chronique, une accumulation excessive de graisses et une résistance à l'insuline ([Petersen et al., 2004](#)).

2.4.2. Conséquences tardives (à long terme)

Les complications du surpoids et de l'obésité sont nombreuses et exposent le sujet à des maladies jusqu'à l'âge adulte, d'autant plus que l'adolescence obèse tend à le rester à l'âge adulte. L'excès de poids est un catalyseur des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les coronaropathies et certains cancers aussi. Un adolescent obèse est exposé à un risque élevé de décès avant 50 ans par rapport à un adolescent avec un IMC normal. Les néphropathies et la stéatose hépatique non alcoolique peuvent survenir tardivement à l'âge adulte à cause de l'obésité ([Lee, 2024](#)).

Les complications cardiovasculaires peuvent apparaître aussi chez les adolescents obèses, l'hypertension artérielle est l'une des complications et à cela s'ajoute la formation des plaques d'athérome et le développement des maladies coronariennes liées à un dysfonctionnement lipidique ([Lee, 2024; Park et al., 2023](#)).

Le poids excessif affecte aussi les os et la croissance en général se traduisant par des fractures, des douleurs articulaires et des anomalies staturales. L'obésité est responsable

d'un dysfonctionnement de la maturation des os, du syndrome des ovaires polykystiques et des troubles de la fertilité au fil du temps ([Lee, 2024](#)).

L'obésité favorise des processus inflammatoires pouvant être à l'origine de la prolifération des cellules cancéreuses et ensuite des cancers du côlon, du sein et de la thyroïde et ainsi réduire la qualité et la durée de vie ([Lee, 2024](#)).

Tableau 2 : Récapitulatif des complications et comorbidités associées à l'obésité chez l'enfant et l'adolescent (Lee, 2024)

Système/organe atteint	Complications et comorbidités
Endocrinien et métabolique	Résistance à l'insuline
	Diabète sucré de type 2
	Dysfonction thyroïdienne
Cardiovasculaire	Hypertension artérielle
	Dyslipidémie
Gastro intestinal	Stéatose hépatique non alcoolique
	Lithiase biliaire (calculs biliaires)
Croissance et reproduction	Puberté précoce
	Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
	Gynécomastie
	Infertilité/ fertilité réduite
Neurologique et psychologique	Déficiência cognitive
	Difficultés d'interactions sociales
	Dépression et anxiété
	Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH)
Respiratoire	Asthme
	Apnée obstructive du sommeil
Squelettique	Contenu osseux anormal
	Fractures
	Carence en vitamine D
Immunologique et auto-immune	Inflammation chronique de faible intensité
	Diabète sucré de type 1
	Sclérose en plaques
	Psoriasis

Cancers	Leucémie
	Cancer de la thyroïde

2.5. Stratégies de lutte contre le surpoids et l'obésité

2.5.1. Recommandations internationales

L'obésité, considérée comme une maladie chronique, constitue l'un des principaux problèmes de santé au niveau mondial. Les données de Global Burden of Disease montrent que l'excès de poids et l'obésité causent chez 6 sur 10 personnes de maladies liées à ces dernières ce qui est une lourde charge de morbidité et de coûts pour les systèmes de santé . D'ici 2035, 4 milliards de personnes soit le quart de la population mondiale seront en surpoids ou obèses ([Islam et al., 2024; World Obesity Atlas 2023 Report.pdf, s. d.](#)). À partir de 2016, l'OMS par le biais du rapport ECHO a établi des recommandations afin d'agir aux différentes étapes de la vie de la conception jusqu'à l'adolescence en mettant en avant certaines interventions dont l'augmentation des taxes sur les boissons sucrées, la limitation du marketing d'aliments riche en sucres, en sel ou en graisses, la précision sur l'étiquetage informatif des produits alimentaires, ainsi que l'encouragement de l'activité physique facteurs qui facilitent la réduction de l'embonpoint et de l'obésité chez les plus jeunes ([World Health Organization, 2016b](#)). En 2018, la 3^{ème} réunion de haut niveau de l'assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des MNT a notifié qu'il est urgent d'agir sur les facteurs de risque de l'embonpoint et de l'obésité principalement la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique en privilégiant une approche multidisciplinaire notamment l'éducation, l'agriculture, l'aménagement du territoire et le régime fiscal ([Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Nations Unies, 2018, s. d.](#)). En 2020, l'OMS dans son rapport NCD Progress monitor a démontré la nécessité du suivi et de la redevabilité pour que les États maintiennent leur engagement et restent déterminés. Ce rapport rappelle qu'il existe des interventions ayant un rapport coût/efficacité qui visent à réduire la charge des MNT au fil du temps. Ces interventions sont destinées à amener un changement de comportement notamment la consommation du tabac, la mauvaise alimentation, l'absence d'activité physique qui sont responsables du surpoids et de l'obésité facteurs favorisant à leur tour les MNT ([Suivi des Progrès Dans la Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2020, 2020](#)).

Les choix alimentaires individuels sont influencés par l'environnement alimentaire dont l'accessibilité, la disponibilité ainsi que le marketing de certains produits et touchent fréquemment les jeunes. Les aliments ultra transformés qui sont souvent très riches en énergie, moins chers et accessibles exposent surtout les plus démunis au risque de surpoids et d'obésité. Les stratégies de prévention doivent mettre l'accent sur l'environnement alimentaire dans le but de réduire la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, notamment

par la mise en place d'une législation réglementant la publicité des aliments et boissons riches en sucre, en sel et en graisses ainsi que par des mesures visant à rendre plus accessibles les aliments sains tels que les fruits et légumes ([Story et al., 2008](#)). Enfin, les interventions scolaires intégrant l'éducation nutritionnelle, la modification de l'environnement alimentaire et la promotion de l'activité physique ont montré une efficacité dans la réduction de l'IMC chez les enfants et les adolescents ([Militello et al., 2018](#)).

2.5.2. Politiques interventionnelles canadiennes

Le Canada a mis en œuvre plusieurs mesures de prévention collective alignées aux recommandations de l'OMS. En 2018, le Canada a interdit par la loi l'usage des huiles partiellement hydrogénées dans les aliments d'origine locale, ceux importés ainsi que ceux préparés dans les restaurants ([H. Canada, 2017](#)). Il a publié le Guide alimentaire canadien en 2019 insistant sur la consommation d'aliments frais, la consommation d'eau comme boisson de choix, la réduction des boissons sucrées, la vérification des étiquettes alimentaires et la mise en garde que les choix alimentaires peuvent être influencés par le marketing alimentaire ([H. Canada, 2020](#)). Le gouvernement canadien a instauré un processus de loi à partir de 2022 que les industries alimentaires ont commencé à mettre en application, ces dernières sont en processus d'exécution jusqu'en 2026. Cette loi exige un étiquetage sur le devant des aliments riches en sucre, en sodium et en graisses, elle permet aux consommateurs de faire des achats responsables et rapides afin qu'ils aient une conscience des risques liés à la consommation ([H. Canada, 2022](#)).

Selon le besoin, certaines provinces mettent en place des lois complémentaires comme c'est le cas de la province Terre-Neuve-et-Labrador qui a instauré une loi en 2022 sur la taxe provinciale des boissons sucrées malgré qu'elle vient d'être abrogée en mai 2025. Cette province présente des taux élevés de surpoids et d'obésité par rapport aux autres provinces et cette intervention ciblée contribuait à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité ([« https », s. d.](#)).

2.5.3. Mesures préventives provinciale et locale

Au Nouveau-Brunswick, les comportements de santé des adolescents et des jeunes adultes orientent largement les actions préventives de l'obésité. Les habitudes alimentaires inadéquates, la sédentarité et la consommation élevée de boissons sucrées, particulièrement observées en milieu scolaire, varient selon les territoires. Ces déterminants, étroitement liés à l'environnement alimentaire, à l'environnement bâti et à l'offre des établissements scolaires influencent directement la survenue du surpoids et de l'obésité. Un environnement sain favorise, en effet, l'adoption de comportements positifs et contribue ainsi à réduire la prévalence de ces problèmes de santé (surpoids et obésité) ([Hélène E., Anne-J. S. Chloé R., 2020; Murray et al., 2020; Story et al., 2008; Student Wellness Survey-Results for Anglophone and Francophone Sectors.pdf, s. d.](#)).

Sur le plan local, la province dispose d'un cadre réglementaire tel que la politique 711, qui établit un environnement scolaire propice à une alimentation saine. Elle définit des exigences minimales concernant les aliments et boissons vendus, servis ou offerts dans les cafétérias, distributeurs automatiques ou lors d'événements scolaires, dans le but de limiter l'accès à des choix peu nutritifs ([Environnement scolaire favorable à l'alimentation plus saine N-B, s. d.](#)). Les directives du District francophone sud ont renforcé la mise en œuvre de cette politique en précisant des règles opérationnelles, ce qui a accru son efficacité ([Administration générale-Environnement scolaire-alimentation-juin 2021.pdf, s. d.](#)). Le programme, Healthy Learners in School Program (HLSP), lancé en 2000 et actualisé en 2015, illustre également les actions préventives adaptées aux besoins locaux. Ce programme repose sur quatre piliers : 1) la création d'environnements sains favorables à l'apprentissage, 2) l'acquisition de connaissances et de compétences pour améliorer la santé et le bien-être, 3) l'établissement de partenariats et le recours à des services de soutien en milieu scolaire, 4) la mise en place de pratiques et politiques de promotion de la santé et du bien-être ([« Healthy Learners in School », s. d.](#)). Plus récemment, le Plan de transport actif (2022) a défini les priorités d'investissement visant à rendre les déplacements actifs pratiques, confortables et sécuritaires au quotidien. Cette initiative s'inscrit dans une approche de promotion de l'activité physique, particulièrement bénéfique pour les adolescents et jeunes adultes ([Moncton Active Transportation Plan, s. d.](#)).

En somme, les politiques provinciales du Nouveau-Brunswick, tout comme les initiatives locales mises en œuvre à Moncton, favorisent la création d'environnements sains et la promotion de la santé. Toutefois, des lacunes persistent, notamment dans les interventions spécifiquement destinées à la population étudiante, ce qui justifie la présente étude en vue d'identifier des interventions complémentaires.

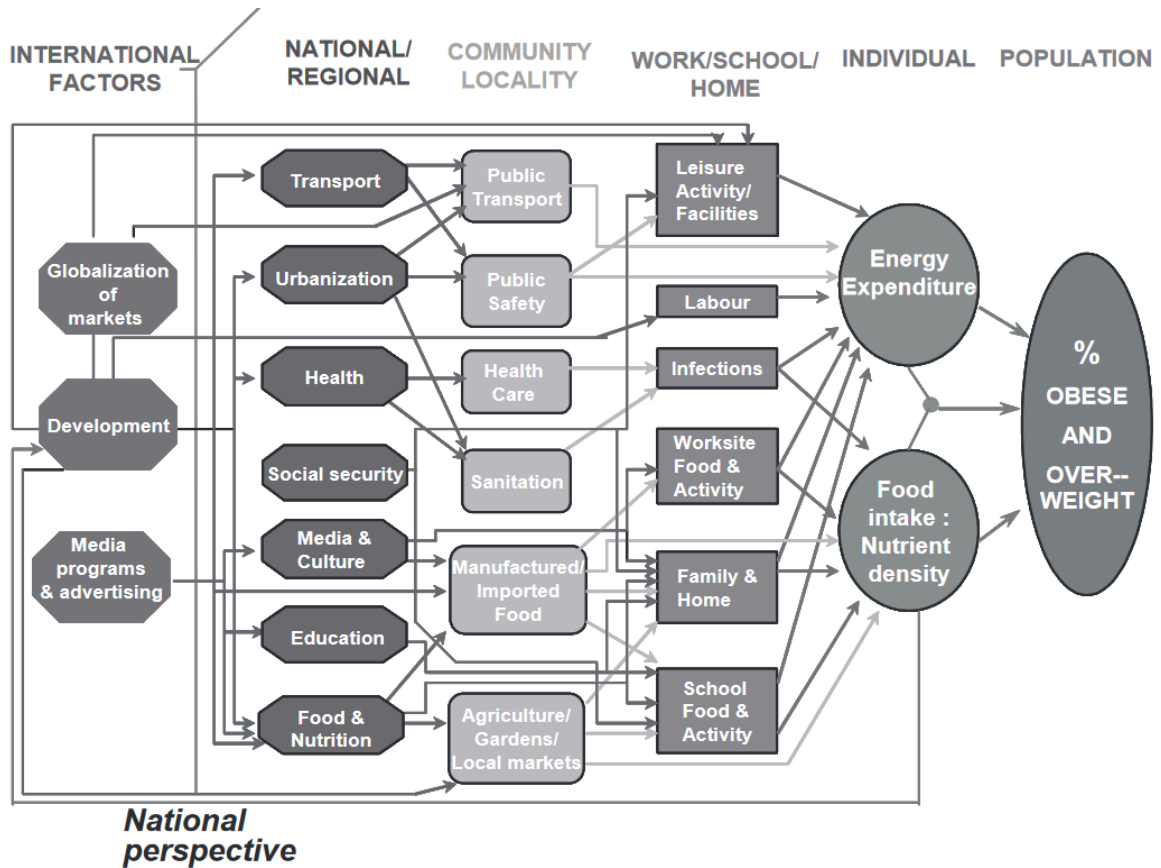


Figure 1 : Politiques et processus sociétaux influençant la prévalence de l'obésité dans la population ([Obésité bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge-INSERM 2006, s. d.](#))

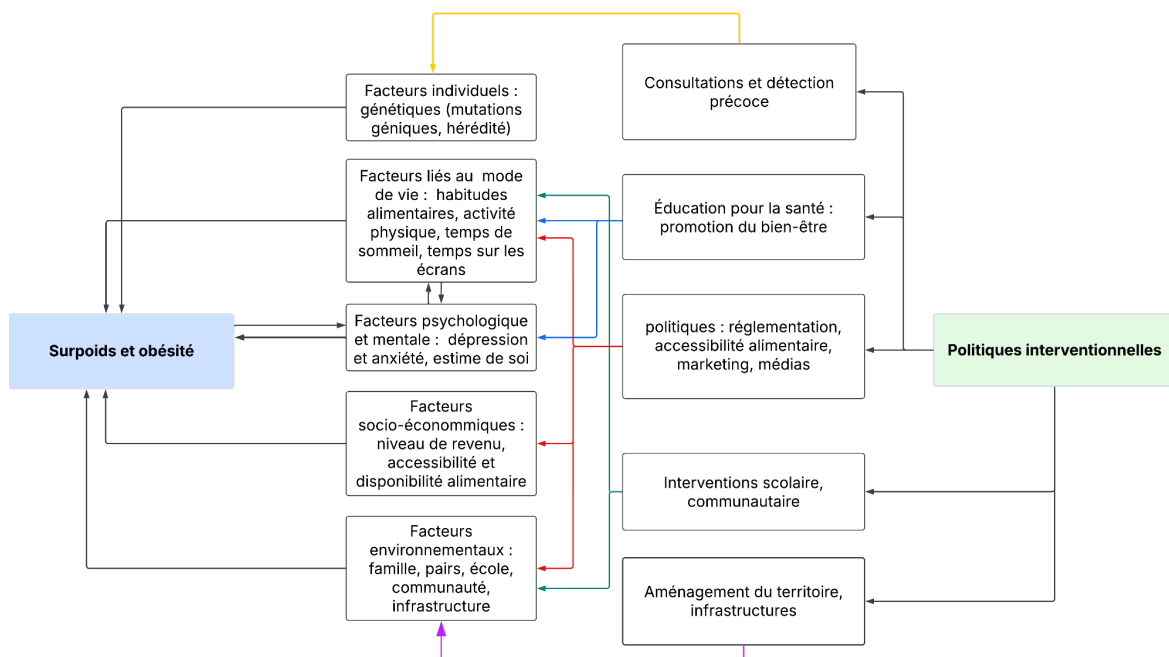


Figure 2 : Schéma du cadre conceptuel du surpoids et de l'obésité ([Obésité bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge-INSERM 2006, s. d.](#))

2.6. Justification de l'étude

Cette étude a été réalisée afin de contribuer à l'avancement de la recherche, de proposer des stratégies préventives adaptées à la tranche d'âge 15-24 ans et de répondre aux exigences de validation du cursus académique. Les tendances mondiales et nord-américaines révèlent une augmentation préoccupante de l'obésité, aujourd'hui considérée comme une épidémie qui progresse depuis plus de 30 ans. La tranche d'âge 15-24 ans a été retenue puisqu'elle correspond à une période charnière de croissance et de transition où les habitudes de vie se construisent et s'ancrent dans le quotidien ([Obesity and overweight, s. d.](#); « [Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022](#) », 2024). L'étude du profil épidémiologique des étudiants de l'université de Moncton représente ainsi une opportunité pour orienter la mise en place d'interventions de prévention ciblées sur les déterminants identifiés.

L'université de Moncton et le Collège Communautaire du Nouveau Brunswick (CCNB) ont été choisis parce qu'ils reçoivent un nombre important d'étudiants d'origine diversifiée et la majorité se situe dans cette transition de vie, ce qui en fait un terrain d'étude propice à cette problématique ([Campus de Moncton du CCNB, s. d.](#); [Moncton | UMoncton, s. d.](#)).

Dans la zone de santé 1 (Moncton), les données de santé publique indiquent que :

- 39% de jeunes déclarent prendre régulièrement le déjeuner ;
- 34% consomment des aliments ultra transformés au moins une fois par jour ;
- 10% fréquentent un restaurant à service rapide trois fois ou plus par semaine ;
- 23% ont une pratique insuffisante d'activité physique modérée ou intense ;
- 64% consomment régulièrement des boissons sucrées ([Comportements liés à la santé, s. d.](#)).

Ces comportements constituent des facteurs de risque majeurs de surpoids et de l'obésité, ce qui souligne la nécessité d'interventions spécifiques en milieu universitaire afin de promouvoir des habitudes de vie saine et de réduire le fardeau de ces problématiques de santé.

De plus, la littérature scientifique confirme par ailleurs que l'excès de poids durant l'adolescence constitue un facteur prédictif majeur de l'obésité à l'âge adulte : un adolescent obèse a plus de cinq fois de risques de le demeurer à l'âge adulte que ses pairs ayant un poids normal ([Simmonds et al., 2016](#)). Dans un contexte comme celui de Moncton, marqué par une croissance démographique et une diversité culturelle accrue en raison de l'immigration, il est essentiel d'identifier les déterminants de risque propres à cette

population afin de planifier des interventions proportionnelles et adaptées ([CSNB - Profil de santé de la population 2022 - Zone 1 0.pdf, s. d.](#)). Le nouveau-Brunswick dispose déjà de stratégies de prévention, telles que le programme Healthy Learners in School (HLSP), qui favorise la collaboration entre les professionnels de santé, les établissements scolaires et les communautés, ou encore la politique municipale Active transportation plan - phase two, qui vise à développer des infrastructures encourageant les déplacements actifs (marche, vélo, etc.) ([« Healthy Learners in School », s. d.](#); [HLSPGuide.pdf, s. d.](#); [Moncton Active Transportation Plan, s. d.](#)). Relier les déterminants identifiés dans cette étude aux initiatives existantes permettra d'élaborer des stratégies préventives cohérentes et adaptées au milieu universitaire.

Ainsi, les résultats attendus pourront être traduits en actions concrètes visant à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes, et, à long terme, à limiter leur persistance à l'âge adulte. Cette approche s'inscrit dans la recommandation de l'OMS qui préconise des actions multisectorielles impliquant la participation et la collaboration des universités, des municipalités, de la province et des autorités de santé publique ([World Health Organization, 2016a](#)).

Quels sont les déterminants associés au surpoids et à l'obésité chez les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans à l'université de Moncton et au Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick, et quelles stratégies préventives ciblées peuvent être envisagées ?

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants pour y répondre :

2.7. Objectifs

2.7.1. Objectif général

Analyser le profil du surpoids et de l'obésité ainsi que leurs déterminants chez les étudiants âgés de 15 à 24 ans fréquentant l'Université de Moncton et le CCNB.

2.7.2. Objectifs spécifiques

- Estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les étudiants de 15 à 24 ans.
- Identifier et caractériser les principaux déterminants associés au surpoids et à l'obésité dans cette population.
- Évaluer les habitudes de vie (alimentation, activité physique, consommation de boissons sucrées, etc.) et leur lien avec le surpoids et l'obésité.
- Proposer des stratégies d'interventions préventives et adaptées au contexte universitaire local, en cohérence avec les politiques de santé publique existantes.

3. Méthodologie

3.1. Site et période d'étude

L'étude a été réalisée à Moncton, une ville située dans la province du Nouveau-Brunswick, au Canada. Moncton est la plus grande ville de la province et présente la particularité d'être officiellement bilingue (français et anglais).

La collecte des données a été faite durant la période estivale, du 1er juillet au 30 août 2025, auprès d'étudiants inscrits à deux établissements d'enseignement supérieur : l'Université de Moncton (campus de Moncton) et le Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick (CCNB, campus de Moncton).

3.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Cette approche permettra d'obtenir des données estimées sur la prévalence et les associations statistiques, ainsi qu'une compréhension des déterminants influençant les adolescents et les jeunes adultes dans un contexte local. Par ailleurs, les résultats obtenus pourront constituer une base pour de futures recherches couvrant une plus large portion du territoire.

3.3. Population cible

L'étude a été menée auprès d'étudiants de 15 à 24 ans vivant à Moncton et inscrits dans l'un des deux établissements (Université de Moncton ou CCNB).

3.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude les participants qui répondaient aux critères suivants :

- Être âgé entre 15 et 24 ans
- Être résident à Moncton pendant au moins 6 mois
- Accepter de participer volontairement après consentement ou avec accord parental pour les mineurs
- Être inscrit dans l'un des établissements d'enseignement ciblés, soit l'Université de Moncton ou le Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick.

3.3.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les participants en situation de grossesse et d'allaitement, ainsi que ceux sous médication pouvant entraîner une prise de poids.

3.4. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule pour l'estimation d'une proportion dans une population finie :

$$n = [z^2 p(1-p)]/e^2$$

où :

n = taille de l'échantillon

z = 1,96 (niveau de confiance de 95%)

p = prévalence estimée du surpoids et de l'obésité (0,30 selon les données disponibles)

e = marge d'erreur (0,07)

Ainsi, $n = [1,96^2 \times 0,30 \times 0,70]/0,07^2 = 164$

En tenant compte d'un taux de non-réponse estimé à 20%, la taille finale de l'échantillon devrait être de 196 participants.

L'échantillonnage a été de manière aléatoire et la participation a été volontaire.

3.5. Méthodes et techniques de collecte des données

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire électronique préétabli, envoyé par courriel avec des relances. Le questionnaire, disponible en français et en anglais, comprenait des sections portant sur les caractéristiques socio-démographiques, les comportements liés à la santé, ainsi que les facteurs environnementaux.

3.6. Variables étudiées

Les variables étudiées dans cette recherche se composent d'une variable dépendante et de plusieurs variables indépendantes, regroupées en facteurs socio-démographiques, comportementaux et environnementaux.

Variable dépendante

La variable dépendante est le statut pondéral, catégorisé selon l'IMC adapté à l'âge :

- Pour les participants de 15 à 17 ans : selon les courbes de croissance de l'OMS (z-scores);
- Pour les participants de 18 à 24 ans : selon la classification standard de l'OMS.

Les mesures anthropométriques (poids et taille) ont été auto-déclarées, pratique courante dans les enquêtes populationnelles canadiennes, mais qui peut introduire des biais de classification (sous-déclaration du poids et surestimation de la taille). C'est dans ce cadre que l'IMC a été calculé comme suit :

$$\text{IMC autodéclaré} = \text{Poids (kg)} / [\text{Taille (m)}^2].$$

Pour corriger ces biais, la correction canadienne (BMI AdjR) recommandée par Statistique Canada a été appliquée séparément selon le sexe, conformément aux équations de Cynthia et al (Novembre 2012) :

- Chez l'homme : $IMC \text{ corrigé} = -1,36 + 1,09 \times IMC \text{ (déclaré)}$
- Chez la femme : $IMC \text{ corrigé} = 1,71 + 0,98 \times IMC \text{ (déclaré)}$

Variables indépendantes

Les variables indépendantes comprennent :

- Facteurs socio-démographiques : âge, sexe, origine ethnique, niveau d'éducation des parents, etc ;
- Facteurs comportementaux : habitudes alimentaires, pratique d'activité physique, comportements sédentaires, etc. ;
- Facteurs environnementaux : accessibilité aux espaces verts, proximité des restaurants, etc.

Les variables ont été regroupées pour optimiser la puissance statistique et faciliter l'interprétation. Les regroupements qui ont été fait sont les suivants :

1. IMC corrigé : 2 modalités (corpulence normale, surcharge pondérale),
2. Niveau d'éducation : 3 modalités (secondaire ou moins, postsecondaire/technique, études supérieures),
3. Consommation de pâtisseries/sucreries : 3 modalités (faible, modérée, élevée),
4. Consommation de boissons sucrées : 3 modalités (faible, modérée, quotidienne),
5. Jours d'activité physique : 3 modalités (sédentaire/faible, modérée, élevée),
6. Heures de sommeil nocturne : 3 modalités (insuffisant, recommandé, excessif),
7. Qualité du sommeil : 3 modalités (bonne, moyenne, mauvaise),
8. Origine ethnique : 3 modalités (africaine, caucasienne, autres (incluant ascendance autochtone, etc.)),
9. Habitudes alimentaires familiales : 2 modalités (saines, moyennes, malsaines),
10. Activité physique familiale : 2 modalités (présente, absente, rare),
11. Distance domicile-restaurants : 3 modalités (proximité immédiate, modérée, éloignée),
12. Distance domicile-espaces verts : 3 modalités (accès immédiat, proche, éloigné).

3.7. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de SPSS version 27. Les données recueillies ont été regroupées et représentées sous forme de tableaux de fréquences et de graphiques à l'aide de Microsoft Word et Excel 2021.

Les variables quantitatives ont été exprimées par des moyennes, accompagnées d'écart-type et des valeurs extrêmes. Les variables qualitatives ont été présentées en fréquences et pourcentages.

Les associations entre les variables ont été testées à l'aide du test de Khi-2 d'indépendance, ou le test exact de Fisher lorsque l'effectif attendu était inférieur à 5. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5% ($p \leq 0,05$).

3.8. Aspects éthiques

Cette étude a été soumise au Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CER) de l'Université de Moncton pour approbation. Les principes éthiques suivants ont été respectés :

- a. Consentement éclairé : pour les mineurs, le consentement parental a été obtenu.
- b. Confidentialité et anonymat : aucune information permettant d'identifier les participants n'a été collectée ni mentionnée.
- c. Gestion des données : les données ont été conservées de manière sécurisée, dans le bureau du directeur de mémoire à l'Université de Moncton.
- d. Restitution des résultats : Un résumé des résultats sera partagé avec le comité d'éthique, les deux établissements participants et les autorités sanitaires locales.

3.9. Difficultés rencontrées

Cette étude s'est déroulée dans un contexte réel avec des contraintes administratives d'une part et logistiques d'autre part.

- La demande d'approbation par le comité d'éthique a pris plus de temps que prévu,
- La période de collecte s'est déroulée durant la période estivale, limitant l'accès aux participants.
- L'efficacité des canaux de diffusion a varié entre les établissements, avec un taux de retour particulièrement faible au CCNB.

Bien que la taille de l'échantillon initialement prévue était de $n = 196$, l'effectif final atteint n'a été que $n = 43$ (22%) ; pendant l'été, de nombreux étudiants étaient en emploi ou en séjour hors campus, ce qui a réduit la disponibilité pour répondre aux questionnaires.

Ces contraintes limitent la généralisation des résultats, car le profil des participants ayant répondu peut différer de celui de la population cible. De plus, la petite taille de l'échantillon réduit la puissance statistique et augmente le risque de ne pas détecter certaines associations existantes.

4. Résultats et Discussion

4.1. Résultats

4.1.1 Caractéristiques socio-démographique et économique

Tableau 3 : Distribution des participants selon l'établissement d'enseignement (Université de Moncton et CCNB)

Établissement d'enseignement	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Université de Moncton	36	83,7
Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick	7	16,3
Total	43	100

Parmi les participants, 36 (83,7 %) étaient inscrits à l'Université de Moncton et 7 (16,3 %) au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick.

Tableau 4 : Répartition des participants selon l'âge

Tranche d'âge	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Âge moyen $21,49 \pm 2$ ans		
Moins de 18 ans	2	4,7
18-24 ans	41	95,3
Total	43	100

L'âge moyen des participants était de $21,49 \pm 2$ ans avec des extrêmes allant 17 à 24 ans. La tranche d'âge 18-24 ans représentait la quasi-totalité de l'échantillon 41 (95,3 %).

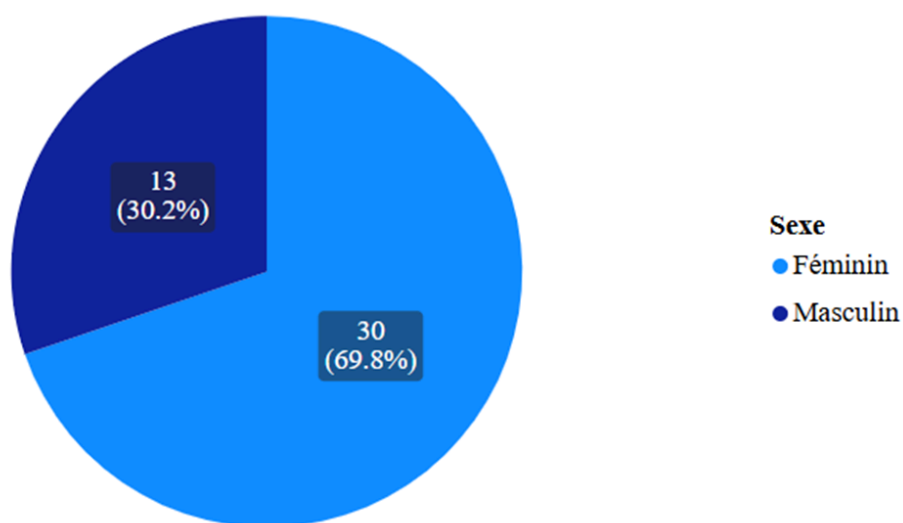


Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe

Une prédominance féminine était observée avec 30 (69,8%) des participants. Le sexe masculin représentait 13 (30,2%) de l'échantillon. Le sexe ratio était de 0,43.

Tableau 5 : Répartition des participants selon la durée de résidence à Moncton

Durée de résidence à Moncton	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
1 à 5 ans	30	69,8
Moins d'un an	9	20,9
Plus de 5 ans	4	9,3
Total	43	100

La majorité des participants 30 (69,8%) résidait à Moncton entre 1 et 5 ans. Une résidence de moins d'un an concernait 9 (20,9%) des participants.

Tableau 6 : Répartition des participants selon la composition du foyer

Composition du foyer	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Je vis avec des colocataires	20	46,5
Je vis seul(e)	11	25,6
Famille biparentale (deux parents biologiques)	7	16,3
Autre	2	4,7
Famille monoparentale	2	4,7
Famille recomposée	1	2,3
Total	43	100

La cohabitation avec des colocataires représentait le mode d'hébergement principal 20 (46,5%). La vie en solitaire concernait 11 (25,6%) des participants.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'éducation le plus élevé des parents/tuteurs

Niveau d'éducation le plus élevé des parents/tuteurs	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Bachelor degree	11	25,6
Master	11	25,6
University/college	7	16,3
high school diploma	4	9,3
Je ne sais pas	4	9,3
Doctorat	3	7
Diplôme technique	1	2,3
Not school	1	2,3
Post secondaire	1	2,3
Total	43	100

Les diplômes de Bachelor et Master représentaient chacun 11 (25,6%) des niveaux de parents/tuteurs. L'éducation universitaire ou collégiale concernait 7 (16,3%) des parents.

Tableau 8 : Répartition des participants selon le revenu familial annuel

Revenu familial annuel	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Moins de 30 000\$	5	11,6
30 000-59 999\$	5	11,6
60 000-99 999\$	3	7
150 000\$ et plus	3	7
Aucune idée	27	62,8
Total	43	100

La majorité des participants 27 (62,8%) ne connaissait pas le revenu familial annuel. Les revenus inférieurs à 30 000\$ et entre 30 000-59 999\$ représentaient chacun 5 (11,6%).

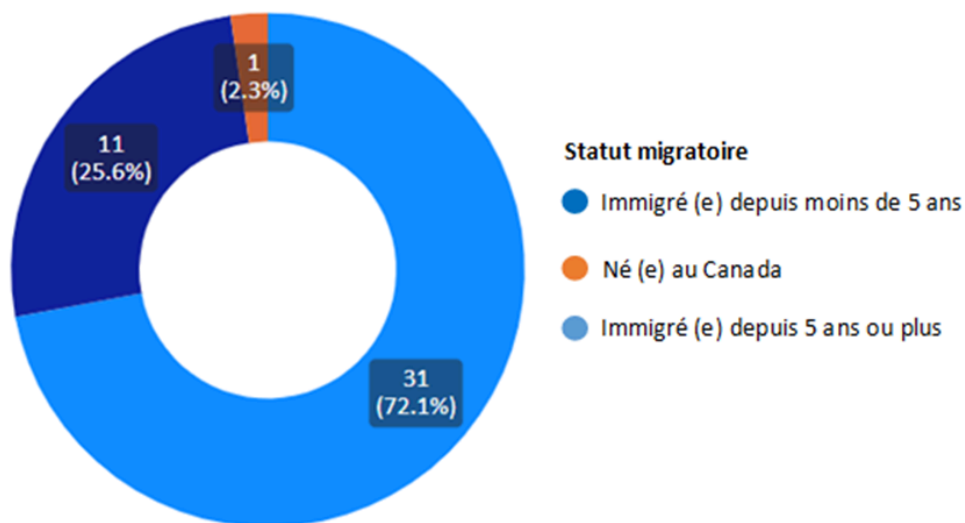


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le statut migratoire

Les immigrants récents de moins de 5 ans constituaient la majorité de l'échantillon 31 (72,1%). Les participants nés au Canada représentaient 11 (25,6%).

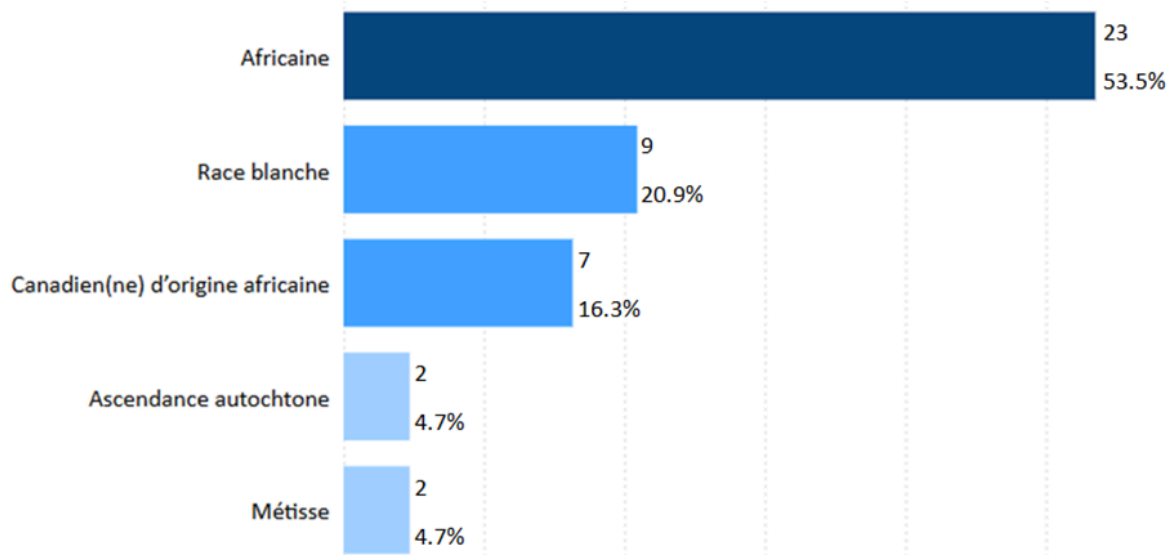


Figure 5 : Répartition des participants selon l'origine ethnique et /ou culturelle

L'origine africaine prédominait avec 23 (53,5%) des participants. La population caucasienne représentait 9 (20,9%) de l'échantillon.

4.1.2 Évaluation du profil anthropométrique

Tableau 9 : Répartition des participants selon l'indice de masse corporelle corrigé

Indice de masse corporel corrigé	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Corpulence normale	26	60,5
Surpoids	10	23,2
Obésité modérée	4	9,3
Obésité sévère	3	7
Total	43	100

L'IMC corrigé moyen était de $25,3894 \text{ kg/m}^2$ ($\pm 4,97661$) avec un minimum de 18,60 et un maximum de $38,06 \text{ kg/m}^2$. La corpulence normale concernait la majorité des participants 26 (60,5%). Le surpoids et l'obésité représentaient respectivement 10 (23,2 %) et 7 (16,3 %) de l'échantillon.

4.1.3 Habitudes alimentaires

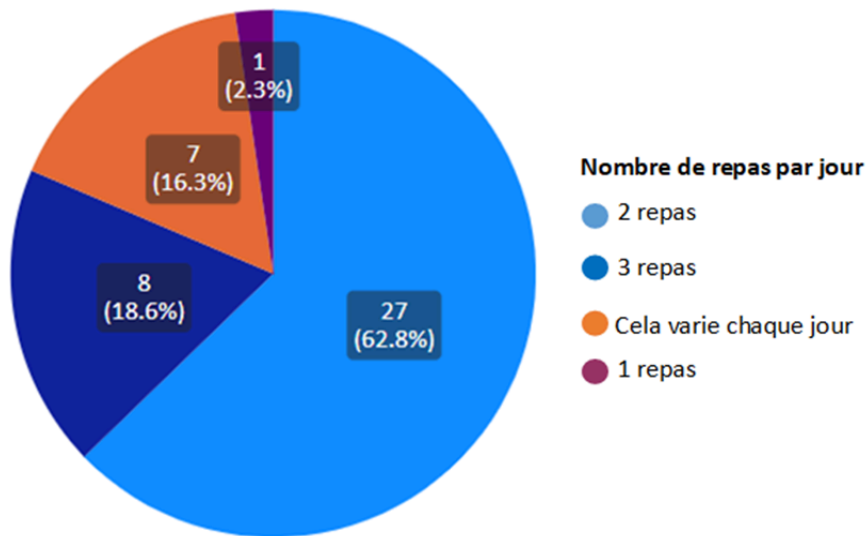


Figure 6 : Répartition des participants selon le nombre de repas par jour

La prise de 2 repas par jour constituait le modèle alimentaire dominant 27 (62,8%). Trois repas quotidiens concernaient 8 (18,6%) des participants. Les habitudes variables quotidiennes représentaient 7 (16,3%) des cas.

Tableau 10 : Répartition des participants selon les repas pris régulièrement

Repas pris régulièrement	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Dîner/souper	36	83,7
Déjeuner (midi)	26	60,5
Petit déjeuner (matin)	19	44,2

Le dîner/souper était le repas le plus régulièrement consommé 36 (83,7%). Le déjeuner de midi concernait 26 (60,5%) des participants. Le petit déjeuner était pris régulièrement par 19 (44,2%) de l'échantillon.

Tableau 11 : Répartition des participants selon la fréquence des repas pris en famille par semaine

Fréquence des repas pris en famille par semaine	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Jamais	23	53,5
1-2 fois par semaine	7	16,3
Tous les jours	6	14
3-4 fois par semaine	5	11,6
5-6 fois par semaine	2	4,7
Total	43	100

L'absence de repas familiaux prédominait chez 23 (53,5%) des participants. Une à deux prises par semaine concernaient 7 (16,3%) des cas.

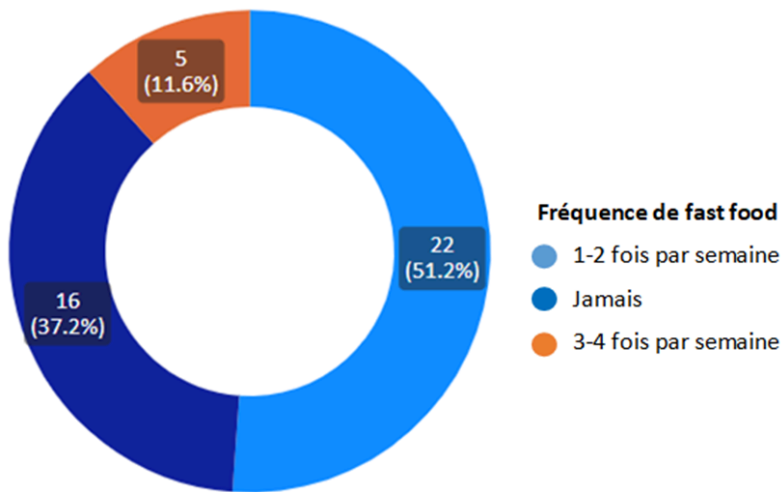


Figure 7 : Répartition des participants selon la fréquence des repas pris dans un restaurant fast-food par semaine

La consommation de fast-food 1-2 fois par semaine constituait le comportement majoritaire 22 (51,2%). L'abstinence totale concernait 16 (37,2%) des participants.

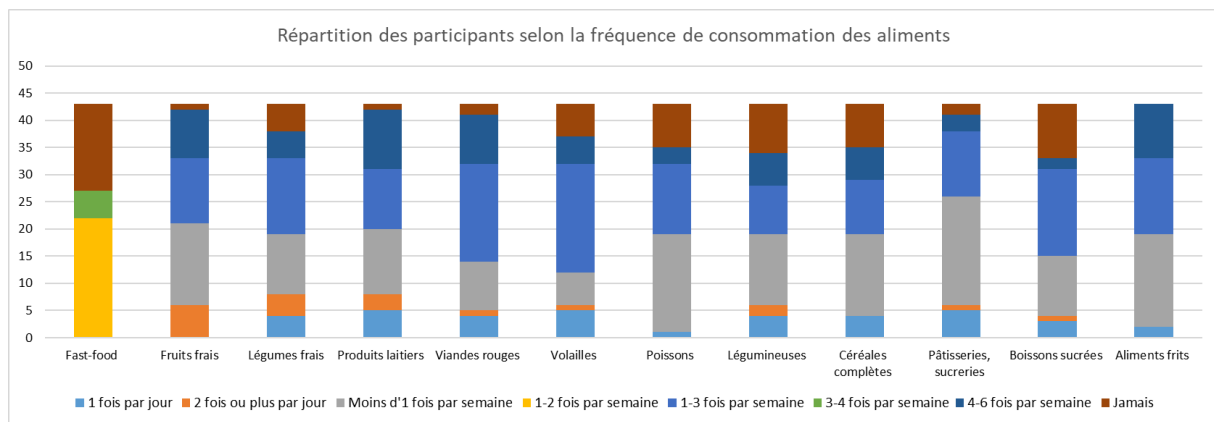


Figure 8 : Répartition des participants selon la fréquence de consommation des aliments

La majorité des participants consomment les fruits et légumes frais moins d'une fois par jour (20 à 25 participants), tandis que la consommation de fast-food et d'aliments frits atteint 1 à 3 fois par semaine chez près de 30 participants. À l'inverse, seuls quelques participants déclarent ne jamais consommer de fast-food, pâtisseries ou boissons sucrées (moins de 5).

Tableau 12 : Répartition des participants selon la quantité d'eau consommée par jour

Consommation hydrique quotidienne	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
3-4 verres	16	37,2

5-6 verres	13	30,2
7-8 verres	7	16,3
Plus de 8 verres	4	9,3
1-2 verres	2	4,7
Moins d'un verre	1	2,3
Total	43	100

Une consommation de 3-4 verres par jour prédominait 16 (37,2%). La consommation de 5-6 verres concernait 13 (30,2%) des participants. Une hydratation adéquate (7-8 verres) ne représentait que 7 (16,3%) des cas.

4.1.4 Activité physique

Tableau 13 : Répartition des participants selon la fréquence hebdomadaire d'activité physique

Fréquence hebdomadaire d'activité physique modérée à élevée	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
0 jour	8	18,6
2 jours	8	18,6
1 jour	7	16,3
5 jours	7	16,3
3 jours	6	14,0
4 jours	5	11,6
Tous les jours	2	4,7
Total	43	100

La sédentarité complète et l'activité bi-hebdomadaire représentaient chacune 8 (18,6%) des participants. L'activité hebdomadaire et quinquennale concernaient respectivement 7 (16,3%) chacune. L'activité quotidienne était rare 2 (4,7%).

Tableau 14 : Répartition des participants selon les types d'activités physique

Types d'activités physiques pratiquées	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Marche	34	79,1
Conditionnement physique, musculation/ fitness training	17	39,5
Danse	5	11,6
Sports d'équipe	4	9,3
Je ne pratique aucune activité physique régulièrement	4	9,3
Course à pied	3	7
Cyclisme	2	4,7
Autres	2	4,7

Natation 1 2,3

La marche constituait l'activité la plus pratiquée 34 (79,1%). Le conditionnement physique concernait 17 (39,5%) des participants. La sédentarité complète était observée chez 4 (9,3%) de l'échantillon.

Répartition des participants selon la participation aux activités sportives collectives

L'absence de participation aux activités sportives collectives prédominait 35 (81,4%). La participation ne concernait que 8 (18,6%) des participants. Parmi ces participants actifs, 6 (75%) s'entraînaient 1-2 fois par semaine.

Tableau 15 : Répartition des participants selon le mode de transport habituel

Mode de transport habituel	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
À pied	23	53,5
En transport en commun	15	34,9
En voiture (conducteur)	14	32,6
En voiture (passager)	12	27,9
À vélo	1	2,3

La marche constituait le mode de transport principal 23 (53,5%). Le transport en commun concernait 15 (34,9%) des participants. L'utilisation de la voiture comme conducteur représentait 14 (32,6%) des cas.

4.1.5 Temps d'écran quotidien (télévision, ordinateur, tablette, téléphone, jeux vidéo) pendant les temps libres

Tableau 16 : Répartition des participants selon le temps d'écran quotidien

Temps d'écran quotidien	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Au delà de 5 heures	29	67,4
3-4 heures	9	20,9
1-2 heures	5	11,6
Total	43	100

Le temps d'écran quotidien montre 29 (67,4%) des participants avec une exposition supérieure ou égale à 5 heures, 9 (20,9%) avec 3-4 heures, et 5 (11,6%) avec 1-2 heures.

4.1.6 Durée et qualité du sommeil nocturne

Tableau 17 : Répartition des participants selon la durée de sommeil nocturne

Durée de sommeil nocturne	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
6-7 heures	14	32,6
7-8 heures	13	30,2

Moins de 6 heures	8	18,6
8-9 heures	7	16,3
Plus de 9 heures	1	2,3
Total	43	100

Le sommeil de 6-7 heures constituait la durée la plus fréquente 14 (32,6%). La durée optimale de 7-8 heures concernait 13 (30,2%) des participants. Un sommeil insuffisant (moins de 6 heures) était observé chez 8 (18,6%) de l'échantillon.

Tableau 18 : Répartition des participants selon la qualité du sommeil

Qualité subjective du sommeil	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Très bonne	2	4,6
Bonne	11	25,6
Moyenne	26	60,5
Mauvaise	3	7
Très mauvaise	1	2,3
Total	43	100

Une qualité moyenne était rapportée par 26 (60,5%) des participants. Une bonne qualité concernait 11 (25,6%) des cas. Une qualité dégradée (mauvaise à très mauvaise) représentait 4 (9,3%) de l'échantillon.

4.1.7 Environnement familial/ pairs

Répartition des participants selon le responsable de la préparation des repas

L'autonomie alimentaire était quasi-universelle avec 39 (90,7%) des participants préparant leurs propres repas. L'intervention maternelle ne concernait que 3 (7%) des cas.

Tableau 19 : Répartition des participants selon la qualité des habitudes alimentaires familiales

Qualité perçue des habitudes alimentaires familiales	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Très saines	2	4,7
Plutôt saines	20	46,5
Moyennes	19	44,2
Plutôt malsaines	2	4,7
Total	43	100

Des habitudes plutôt saines étaient perçues par 20 (46,5%) des participants. Des habitudes moyennes concernaient 19 (44,2%) des cas. Les habitudes malsaines ou très saines représentaient chacune 2 (4,7%) de l'échantillon.

Tableau 20 : Répartition des participants selon les antécédents familiaux de surpoids/obésité

Antécédents familiaux de surpoids/obésité	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Non	30	69,8
Oui, plusieurs membres	8	18,6
Oui, un membre	3	7
Je ne sais pas	2	4,7
Total	43	100

L'absence d'antécédents familiaux prédominait 30 (69,8%). Des antécédents multiples concernaient 8 (18,6%) des participants. La présence d'un seul membre affecté représentait 3 (7%) des cas.

Tableau 21 : Répartition des participants selon la pratique familiale d'activité physique

Pratique familiale d'activité physique	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Jamais	21	48,8
Rarement	11	25,6
Parfois	9	20,9
Souvent	2	4,7
Total	43	100

L'absence d'activité physique familiale prédominait 21 (48,8%). Une pratique rare concernait 11 (25,6%) des participants. Les pratiques occasionnelles et fréquentes représentaient respectivement 9 (20,9%) et 2 (4,7%).

Tableau 22 : Répartition des participants selon la pratique d'activité physique par les pairs

Pratique d'activité physique par les pairs	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Quelques-uns	27	62,8
La moitié	6	13,95
La plupart	6	13,95
Tous	3	7
Aucun	1	2,3
Total	43	100

Une minorité d'amis actifs concernait 27 (62,8%) des participants. Une proportion égale 6 (13,95 % chacun) rapportait la moitié ou la plupart des amis actifs. L'activité universelle des pairs était rare 3 (7%).

4.1.8 Environnement résidentiel

Tableau 23 : Répartition des participants selon la distance du supermarché et selon la distance du fast-food plus proche

Distance du supermarché le plus proche et du restaurant fast-food le plus proche	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Distance du supermarché le plus proche		
Plus de 1 km	26	60,5
Entre 500 mètres et 1 kilomètre	14	32,6
Moins de 500 mètres	3	7
Distance du restaurant fast-food le plus proche		
Plus de 1 km	21	48,8
Entre 500 mètres et 1 kilomètre	14	32,6
Moins de 500 mètres	8	18,6

La majorité des participants 26 (60,5%) réside à plus d'un kilomètre du supermarché le plus proche. Pour les restaurants fast-food, 21 (48,8%) se situent à plus d'un kilomètre, tandis que 8 (18,6%) bénéficient d'une proximité inférieure à 500 mètres.

Tableau 24 : Répartition des participants selon la distance du parc

Distance du parc le plus proche et l'installation sportive la plus proche	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Distance du parc le plus proche		
Moins de 500 mètres	15	34,9
Entre 500 mètres et 1 kilomètre	18	41,9
Plus de 1 km	10	23,3
Distance de l'installation sportive la plus proche		
Moins de 500 mètres	7	16,3
Entre 500 mètres et 1 kilomètre	8	18,6
Plus de 1 km	28	65,1

L'accessibilité aux parcs présente une répartition équilibrée : 18 (41,9%) des participants se situent entre 500 mètres et 1 kilomètre, 15 (34,9%) à moins de 500 mètres. Pour les installations sportives, 28 (65,1%) des participants résident à plus d'un kilomètre, 8 (18,6%) entre 500 mètres et 1 kilomètre, et 7 (16,3%) à moins de 500 mètres.

4.1.9 Caractéristiques sociodémographiques selon l'IMC corrigé

Tableau 25 : Distribution des enquêtés selon l'âge et le sexe

Caractéristiques	IMC Corrigé			p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	Total n = 43	
Tranche d'âge				0,5
18-24 ans	24 (92,3%)	17 (100,0%)	41 (95,3%)	
Moins de 18 ans	2 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)	
Sexe				0,15
Féminin	16 (61,5%)	14 (82,4%)	30 (69,8%)	
Masculin	10 (38,5%)	3 (17,6%)	13 (30,2%)	

La majorité des participants 41 (95,3%) appartient à la tranche d'âge 18-24 ans, sans différence significative entre les groupes d'IMC ($p=0,5$). Une prédominance féminine 30 (69,8%) est observée dans l'échantillon global, avec une tendance plus marquée dans le groupe en surcharge pondérale (82,4% versus 61,5%), bien que non statistiquement significative ($p=0,15$).

Tableau 26 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'éducation des parents/ tuteurs

Caractéristiques	IMC Corrigé			p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	Total n = 43	
Niveau d'éducation des parents/ tuteurs				0,3
Études postsecondaires/techniques	10 (38,5%)	10 (58,8%)	20 (46,5%)	
Études secondaires ou moins	5 (19,2%)	4 (23,5%)	9 (20,9%)	
Études supérieures	11 (42,3%)	3 (17,6%)	14 (32,6%)	

Aucune association statistiquement significative n'est observée entre le niveau d'éducation des parents/ tuteurs et l'IMC ($p=0,3$). Cependant, une tendance suggère une proportion plus élevée d'étudiants en surcharge pondérale ayant des parents/ tuteurs qui ont fait les études

postsecondaires/techniques (58,8% versus 38,5%) et une proportion moindre dans les études supérieures (17,6% versus 42,3%).

Tableau 27 : Répartition des enquêtés selon les habitudes alimentaires quantitatives

Caractéristique	IMC Corrigé		p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	
Nombre de repas par jour			0,6
1 repas	0 (0,0%)	1 (5,9%)	1 (2,3%)
2 repas	17 (65,4%)	10 (58,8%)	27 (62,8%)
3 repas	4 (15,4%)	4 (23,5%)	8 (18,6%)
Cela varie chaque jour	5 (19,2%)	2 (11,8%)	7 (16,3%)
Repas pris en famille			0,4
1-2 fois par semaine	5 (19,2%)	2 (11,8%)	7 (16,3%)
3-4 fois par semaine	2 (7,7%)	3 (17,6%)	5 (11,6%)
5-6 fois par semaine	2 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)
Jamais	15 (57,7%)	8 (47,1%)	23 (53,5%)
Tous les jours	2 (7,7%)	4 (23,5%)	6 (14,0%)

La fréquence des repas ne présente pas d'association significative avec l'IMC ($p=0,6$). La majorité des étudiants consomme deux repas quotidiens (62,8%). Les repas familiaux restent peu fréquents, sans différence significative entre les groupes ($p=0,4$), bien qu'une tendance vers des repas familiaux quotidiens soit observée chez les étudiants en surcharge pondérale (23,5% versus 7,7%).

Tableau 28 : Répartition des enquêtés selon la consommation d'aliments à risque

Caractéristique	IMC Corrigé	p-valeur
-----------------	-------------	----------

	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	Total n = 43
Consommation Repas fast food			0,4
1-2 fois par semaine	15 (57,7%)	7 (41,2%)	22 (51,2%)
3-4 fois par semaine / 3-4 times per week	2 (7,7%)	3 (17,6%)	5 (11,6%)
Jamais / Never	9 (34,6%)	7 (41,2%)	16 (37,2%)
Consommation pâtisserie			0,8
Consommation élevée	3 (11,5%)	3 (17,6%)	6 (14,0%)
Consommation faible	13 (50,0%)	9 (52,9%)	22 (51,2%)
Consommation modérée	10 (38,5%)	5 (29,4%)	15 (34,9%)
Consommation boisson sucrée			>0,9
Consommation faible	12 (46,2%)	9 (52,9%)	21 (48,8%)
Consommation modérée	11 (42,3%)	7 (41,2%)	18 (41,9%)
Consommation quotidienne	3 (11,5%)	1 (5,9%)	4 (9,3%)

Aucune association significative n'est démontrée entre la consommation d'aliments hypercaloriques et l'IMC. La consommation de fast-food ($p=0,4$), de pâtisseries ($p=0,8$) et de boissons sucrées ($p>0,9$) ne diffère pas significativement entre les groupes.

Tableau 29 : Répartition des enquêtés selon l'activité physique

Caractéristique	IMC Corrigé	p-valeur
------------------------	--------------------	-----------------

	Corpulence normale N = 26	Surcharge pondérale N = 17	Total N = 43
Activité physique			0,3
Élevée	4 (15,4%)	5 (29,4%)	9 (20,9%)
Modérée	14 (53,8%)	5 (29,4%)	19 (44,2%)
Sédentaire/Faible	8 (30,8%)	7 (41,2%)	15 (34,9%)
Participe aux activités physiques collectives			0,12
Non	19 (73,1%)	16 (94,1%)	35 (81,4%)
Oui	7 (26,9%)	1 (5,9%)	8 (18,6%)
Activité physique familiale			0,2
Activité absente/rare	17 (65,4%)	15 (88,2%)	32 (74,4%)
Activité présente	9 (34,6%)	2 (11,8%)	11 (25,6%)

L'activité physique individuelle ne présente pas d'association significative avec l'IMC ($p=0,3$). Paradoxalement, une proportion plus élevée d'étudiants en surcharge pondérale rapporte une activité physique élevée (29,4% versus 15,4%). La participation aux sports collectifs tend à être moindre chez les étudiants en surcharge pondérale (5,9% versus 26,9%, $p=0,12$). L'activité physique familiale est généralement faible (74,4% d'absence/rareté) sans différence significative entre les groupes ($p=0,2$).

Tableau 30 : Répartition des participants selon les habitudes de sommeil et temps d'écran

Caractéristique	IMC Corrigé		p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	Total n = 43
Temps d'écran			0,12
1-2 heures	4 (15,4%)	1 (5,9%)	5 (11,6%)
3-4 heures	4 (15,4%)	5 (29,4%)	9 (20,9%)
5-6 heures	6 (23,1%)	8 (47,1%)	14 (32,6%)

Plus de 6 heures	12 (46,2%)	3 (17,6%)	15 (34,9%)
Durée du sommeil	0,042		
Sommeil excessif	2 (7,7%)	6 (35,3%)	8 (18,6%)
Sommeil insuffisant	4 (15,4%)	4 (23,5%)	8 (18,6%)
Sommeil recommandé	20 (76,9%)	7 (41,2%)	27 (62,8%)
Qualité du sommeil	0,6		
Bonne qualité	9 (34,6%)	4 (23,5%)	13 (30,2%)
Mauvaise qualité	3 (11,5%)	1 (5,9%)	4 (9,3%)
Qualité moyenne	14 (53,8%)	12 (70,6%)	26 (60,5%)

Une association statistiquement significative est observée entre la durée du sommeil et l'IMC ($p=0,042$). Les étudiants en surcharge pondérale présentent plus fréquemment un sommeil excessif (35,3% versus 7,7%) et moins fréquemment un sommeil de durée recommandée (41,2% versus 76,9%). Le temps d'écran ne diffère pas significativement ($p=0,12$), bien qu'une tendance vers un temps d'écran intermédiaire (5-6 heures) soit observée chez les étudiants en surcharge pondérale. La qualité subjective du sommeil reste comparable entre les groupes ($p=0,6$).

Tableau 31 : Répartition selon les facteurs génétiques et ethniques

Caractéristique	IMC Corrigé		p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	
Origine ethnique	0,2		
Autres origines	3 (11,5%)	1 (5,9%)	4 (9,3%)
Origine africaine	20 (76,9%)	10 (58,8%)	30 (69,8%)
Origine caucasienne	3 (11,5%)	6 (35,3%)	9 (20,9%)
Antécédents familiaux d'obésité	0,08		
Je ne sais pas	1 (3,8%)	1 (5,9%)	2 (4,7%)

Non	21 (80,8%)	9 (52,9%)	30 (69,8%)
Oui, plusieurs membres	2 (7,7%)	6 (35,3%)	8 (18,6%)
Oui, un membre	2 (7,7%)	1 (5,9%)	3 (7,0%)

L'origine ethnique ne présente pas d'association significative avec l'IMC ($p=0,2$), malgré une proportion plus élevée d'étudiants d'origine caucasienne dans le groupe en surcharge pondérale (35,3% versus 11,5%). Les antécédents familiaux d'obésité montrent une tendance vers la significativité ($p=0,08$), avec une proportion notable d'antécédents multiples chez les étudiants en surcharge pondérale (35,3% versus 7,7%).

Tableau 32 : Répartition des enquêtés selon l'environnement familial

Caractéristique	IMC Corrigé			p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	Total n = 43	
Habitudes alimentaires en famille				0,3
Habitudes moyennes/malsaines	11 (42,3%)	10 (58,8%)	21 (48,8%)	
Habitudes saines	15 (57,7%)	7 (41,2%)	22 (51,2%)	
Activité physique en famille				0,2
Activité absente/rare	17 (65,4%)	15 (88,2%)	32 (74,4%)	
Activité présente	9 (34,6%)	2 (11,8%)	11 (25,6%)	

Les habitudes familiales ne présentent pas d'associations significatives avec l'IMC. Néanmoins, une tendance vers des habitudes alimentaires moins favorables (58,8% versus 42,3%, $p=0,3$) et une activité physique familiale plus rare (88,2% versus 65,4%, $p=0,2$) est observée chez les étudiants en surcharge pondérale.

Tableau 33 : Répartition des enquêtés selon l'accessibilité environnementale

Caractéristique	IMC Corrigé			p-valeur
	Corpulence normale n = 26	Surcharge pondérale n = 17	Total n = 43	
Distance du supermarché le plus proche				0,5

Entre 500m et 1km	10 (38,5%)	4 (23,5%)	14 (32,6%)
Moins de 500 mètres	1 (3,8%)	2 (11,8%)	3 (7,0%)
Plus de 1km	15 (57,7%)	11 (64,7%)	26 (60,5%)
Distance du restaurant fast-food le plus proche			0,10
Entre 500m et 1km	10 (38,5%)	4 (23,5%)	14 (32,6%)
Moins de 500m	2 (7,7%)	6 (35,3%)	8 (18,6%)
Plus de 1km	14 (53,8%)	7 (41,2%)	21 (48,8%)
Distance du parc le plus proche			0,11
Entre 500m et 1km	14 (53,8%)	4 (23,5%)	18 (41,9%)
Moins de 500m	8 (30,8%)	7 (41,2%)	15 (34,9%)
Plus de 1km	4 (15,4%)	6 (35,3%)	10 (23,3%)
Distance de l'installation sportive la plus proche			0,056
Entre 500m et 1km	2 (7,7%)	6 (35,3%)	8 (18,6%)
Moins de 500m	6 (23,1%)	1 (5,9%)	7 (16,3%)
Plus de 1km	18 (69,2%)	10 (58,8%)	28 (65,1%)
Mode de transport habituel : À pied			>0,9
Non	12 (46,2%)	8 (47,1%)	20 (46,5%)
Oui	14 (53,8%)	9 (52,9%)	23 (53,5%)
Mode de transport habituel : En transport en commun			0,5
Non	16 (61,5%)	12 (70,6%)	28 (65,1%)
Oui	10 (38,5%)	5 (29,4%)	15 (34,9%)
Mode de transport habituel : En voiture (conducteur)			>0,9

Non	19 (73,1%)	12 (70,6%)	31 (72,1%)
Oui	7 (26,9%)	5 (29,4%)	12 (27,9%)
Mode de transport habituel : En voiture (passager)			0,7
Non	17 (65,4%)	12 (70,6%)	29 (67,4%)
Oui	9 (34,6%)	5 (29,4%)	14 (32,6%)

La distance au supermarché ne présente pas d'association significative avec l'IMC corrigé ($p = 0,5$). La distance au restaurant fast-food ne montre pas d'association significative ($p = 0,10$). Une proximité inférieure à 500 mètres concerne 7,7% des étudiants en corpulence normale versus 35,3% de ceux en surcharge pondérale.

La distance au parc ne présente pas d'association significative ($p = 0,11$). La distance à l'installation sportive ne montre pas d'association significative ($p = 0,056$). Une distance entre 500 mètres et 1 kilomètre concerne 7,7% des étudiants en corpulence normale versus 35,3% de ceux en surcharge pondérale.

Les modes de transport habituels ne présentent aucune association significative avec l'IMC corrigé ($p > 0,05$ pour toutes les modalités).

4.2. Discussion des résultats

Dans cette étude, nous avons identifié les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de l'Université de Moncton et du Collège Communautaire du Nouveau-Brunswick âgés de 15 à 24 ans, leurs habitudes de vie associées à la survenue du surpoids et à l'obésité.

4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des participants était de $21,5 \pm 2$ ans, dont 95,3 % se situaient dans la tranche 18 à 24 ans. Le sexe féminin prédominait à 69,8 %. La majorité des étudiants étaient des immigrants récents (< 5 ans) représentant 72,1 %, et plus de la moitié (53,5 %) étaient originaires d'Afrique. La colocation constituait le mode de vie de 46,5 % des participants. Par ailleurs, le niveau d'études des parents/tuteurs était relativement élevé, avec 51 % ayant atteint le baccalauréat ou la maîtrise.

L'âge situé dans la vingtaine est considéré comme une période charnière où s'installent durablement les modes de vie. Or, cette transition est souvent marquée par des habitudes de vie peu favorables à la santé. Une étude réalisée en Amérique du Nord a révélé que l'entrée au premier cycle s'accompagnait d'un gain de poids significatif, pouvant être lié à la diminution de l'activité physique, à l'irrégularité des repas, à une alimentation plus riche en calories en fonction des préférences et au logement des étudiants (au campus ou hors campus) ([Beaudry et al., 2019](#); [Sharma, Langlois, et al., 2020](#); [Vadeboncoeur et al., 2015](#)).

Certaines études montrent que, chez les immigrants, le risque de surcharge pondérale tend à augmenter avec la durée de résidence, en raison notamment de habitudes alimentaires différentes, de l'influence de l'environnement bâti et des contraintes socioéconomiques ([Chai, 2024; da Costa et al., 2017; Élisabeth Rousseau Harsany & Laurence Gariépy-Assal, 2019](#)). À l'inverse, les immigrants récents présentent souvent des prévalences plus faibles que celles observées chez les natifs, avec une convergence progressive vers les niveaux du pays d'accueil au fil du temps ([Chai, 2024; da Costa et al., 2017; Élisabeth Rousseau Harsany & Laurence Gariépy-Assal, 2019](#)). Dans notre étude, la forte proportion d'immigrants récents (72,1 % installés depuis moins de 5 ans) pourrait donc expliquer en partie la faible prévalence d'obésité observée dans notre échantillon.

La prédominance féminine (≈ 70 %) est habituelle dans les échantillons recrutés en milieu universitaire et peut influencer les comparaisons, les trajectoires pondérales de première année variant selon le sexe et les cohortes étudiées. Ainsi, l'étude GENEiUS n'a pas mis en évidence de différences spécifiques sur le sexe concernant les « traits d'obésité », tandis qu'une cohorte ontarienne a rapporté des prises de poids et d'adiposité plus marquées chez les hommes ([Beaudry et al., 2019; Sharma et al., 2021](#)). Dans notre série, bien qu'une proportion plus élevée de féminines dans le groupe en surcharge pondérale (82,4 % vs 61,5 %), l'association entre le sexe et l'IMC n'est pas statistiquement significative ($p = 0,15$). Ce résultat est cohérent avec l'hétérogénéité des données publiées et s'explique en partie par la taille réduite de notre échantillon ($n = 43$) ([Beaudry et al., 2019; Sharma et al., 2021](#)).

Sur le plan pondéral, l'IMC corrigé moyen est de $25,39 \text{ kg/m}^2$ ($\pm 4,98$), avec 60,5 % de corpulence normale, 23,2 % en surpoids et 16,3 % en situation d'obésité (9,3 % modérée ; 7,0 % sévère). Comparée aux données nationales, la prévalence d'obésité observée demeure inférieure à celle des adultes canadiens de 18–34 ans en 2021 ($\approx 22,5$ %), ce qui peut s'expliquer par la jeunesse de l'échantillon universitaire ([P. H. A. of Canada, 2025](#)). En revanche, la proportion cumulée de surpoids et d'obésité (39,5 %) reste cohérente avec les fourchettes rapportées chez les étudiants (≈ 20 –40 %, selon les pays, les filières et les méthodes de mesure) ([Ilić et al., 2024](#)). À titre de contraste, une méta-analyse récente (2024) chez les étudiants en médecine estimait des prévalences globales plus faibles, soit 18 % de surpoids et 9 % d'obésité (≈ 24 % combinés) ([Shafiee et al., 2024](#)), tandis que d'autres synthèses indiquent des niveaux plus élevés dans des cohortes ([Vadeboncoeur et al., 2015](#)). Ces écarts témoignent non seulement de différences contextuelles (pays, filières), mais aussi de la variabilité des méthodes utilisées (auto-déclaration vs mesures directes, corrections d'IMC, périodes d'observation et taille de l'échantillon).

Les associations bivariées n'ont mis en évidence ni différence d'âge entre classes d'IMC ($p = 0,50$), ni effet significatif du sexe ($p = 0,15$). L'absence d'effet de l'âge peut s'expliquer par la faible dispersion d'âge, dans notre échantillon, correspondant de plus à la tranche où la prévalence nationale d'obésité est la plus basse ([P. H. A. of Canada, 2025](#)). Concernant le

sexe, nos résultats (l'absence de signal significatif) convergent avec l'étude GENEiUS ([Sharma et al., 2021](#)), bien que d'autres cohortes aient rapporté des prises de poids plus marquées chez les hommes en première année ([Beaudry et al., 2019](#)). Globalement, nos résultats s'alignent sur un corpus où l'effet du sexe apparaît donc hétérogène dans la littérature, tributaire du contexte de vie et des comportements (activité physique, consommation alcool, structure des repas).

Le contexte régional mérite d'être souligné: les provinces de l'Atlantique présentent historiquement des prévalences d'obésité supérieures à la moyenne nationale chez les adultes ([Government of Canada, 2024; Lytvyak et al., 2022](#)). Toutefois, ces données populationnelles ne sont pas directement transposables à une cohorte universitaire jeune et internationalisée comme la nôtre. L'exercice consiste plutôt à interpréter nos résultats à la lumière des caractéristiques propres de l'échantillon (jeunesse, immigration récente, vie en colocation), plutôt qu'à les généraliser à l'ensemble de la population étudiante de la région.

4.2.2 Déterminants associés au surpoids et à l'obésité

Dans notre étude (n=43), aucune association statistiquement significative n'a été observée entre l'IMC corrigé et les facteurs sociodémographiques, alimentaires, d'activité physique ou d'environnement. Seule la durée de sommeil était liée au statut pondéral : les étudiants en surcharge pondérale présentaient plus fréquemment un sommeil excessif (35,3 % vs 7,7 %; $p = 0,042$) et moins souvent une durée recommandée (41,2 % vs 76,9 %). Ce résultat concorde avec la littérature décrivant une relation en U entre durée de sommeil et adiposité, où les durées trop courtes et trop longues s'associent à un risque accru d'obésité via des mécanismes neuro-hormonaux (leptine/ghréline), une dérégulation de l'appétit et des rythmes circadiens, et une dépense énergétique 24 h amoindrie en cas d'hypersomnie ([Feng et al., 2025; Kohanmoo et al., 2024](#)). Elle cadre aussi avec les recommandations canadiennes 24h préconisant 7 à 9 h de sommeil de qualité, une activité physique régulière et une réduction du temps sédentaire ([Ross et al., 2020](#)).

Le temps d'écran ne diffère pas significativement entre groupes ($p = 0,12$), bien qu'une tendance vers 5–6 h/jour soit observée chez les étudiants en surcharge pondérale. L'absence de $p < 0,05$ n'invalide pas la plausibilité biologique : chez les adolescents et jeunes adultes, des analyses nationales montrent qu'un temps d'écran élevé est associé à un IMC plus élevé, indépendamment du niveau d'activité mesuré par pas/jour. Autrement dit, une pratique régulière d'activité physique ne compense pas un temps d'écran excessif, les deux dimensions devant être optimisées simultanément ([Nagata et al., 2023](#)). Sur le plan méthodologique, le recours à des auto-questionnaires pour mesurer la sédentarité et l'activité physique comporte des risques de biais. Les revues systématiques soulignent que les outils en un seul item sous-estiment fréquemment le temps sédentaire, ce qui tend à affaiblir les associations (erreur de classification non différentielle) ([Prince et al., 2020](#)). Ces

limites sont d'autant plus marquées dans notre échantillon restreint ($n = 43$), où le manque de puissance statistique accroît le risque d'erreur.

Concernant l'activité physique, la distribution paradoxale (29,4 % d'activité « élevée » dans le groupe en surcharge pondérale contre 15,4 % chez les normo-pondéraux ; $p = 0,3$) s'explique probablement par la nature auto-déclaration des données. La discordance avec les mesures objectives est bien documentée, avec des surestimations fréquentes de l'activité modérée à vigoureuse et, en parallèle, une sous-estimation du temps sédentaire ([Prince et al., 2020](#)). En outre, un renversement causal est également envisageable : Certains étudiants ayant pris du poids pourraient avoir récemment augmenté leur activité (effet « thérapeutique »), brouillant le lien transversal entre activité actuelle et IMC. Enfin le signal non significatif d'une moindre participation aux sports collectifs (5,9 % vs 26,9 % ; $p = 0,12$) reste intéressant, car il s'accorde avec l'idée qu'au-delà du volume total, la dimension sociale de l'activité (cadres structurés, soutien des pairs, régularité) peut favoriser la durabilité des comportements et l'équilibre énergétique.

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes concernant la consommation de fast-foods ($p = 0,4$), pâtisseries ($p = 0,8$) ou boissons sucrées ($p > 0,9$). L'interprétation de ces résultats doit toutefois rester prudente : (i) la taille d'échantillon est faible, (ii) les catégories d'exposition sont larges (1–2 fois/semaine vs 3–4 fois/semaine) et peuvent regrouper des profils caloriques très hétérogènes, et (iii) l'auto-déclaration alimentaire est exposée aux biais de désirabilité sociale et à l'omission d'apports (snacking, boissons), biais qui tendent à affaiblir les associations réelles ([Howes et al., 2024](#)). En particulier, la consommation de boissons sucrées est reconnue comme un déterminant causal de la prise de poids : une méta-analyse combinant cohortes et essais randomisés contrôlés met en évidence un gradient linéaire, montrant qu'un apport accru en Sugar-Sweetened Beverages induit un gain de poids, tandis qu'une réduction entraîne une perte de poids ([Nguyen et al., 2023](#)). Enfin, sur le plan environnemental, les méta-analyses indiquent également qu'une plus grande proximité des points de vente de fast-food est associée à un risque accru d'obésité ($OR \approx 1,15$). Or notre jeu de données suggère précisément une tendance en ce sens (35,3 % des étudiants en surcharge pondérale résident à proximité immédiate d'un fast-food vs 7,7 % ; $p = 0,10$) ([Pineda et al., 2024](#)). Ainsi, l'absence de significativité statistique dans nos variables alimentaires reflète probablement une mesure bruitée et/ou un manque de puissance, plutôt qu'une absence d'effet. Le signal contextuel observé (environnement alimentaire) s'inscrit au contraire dans la continuité des résultats de la littérature.

Les facteurs familiaux et génétiques offrent un tableau plus nuancé. L'éducation parentale n'apparaît pas associée à l'IMC ($p = 0,3$), mais ce résultat ne doit pas être interprété comme une absence d'influence socio-économique. Dans notre étude, la faible taille de l'échantillon et la catégorie « je ne sais pas » concernant le revenu peuvent avoir masqué de tels

gradients. Les antécédents familiaux d'obésité suggèrent une tendance ($p = 0,084$), avec une proportion plus élevée de « plusieurs membres atteints » parmi les étudiants en surcharge pondérale (35,3 % vs 7,7 %). Ce signal est compatible avec une héritabilité substantielle de l'IMC ($\approx 0,5\text{--}0,8$ dans les études de jumeaux), même si l'expression génétique varie toutefois selon l'âge et l'environnement ([Silventoinen et al., 2022](#)). L'étude faite par Dako et al. (2017) a révélé que dans une famille où les deux parents sont en surpoids 1 sur 3 enfants aussi sont en surpoids, ce qui s'explique à la fois par le facteur génétique et par l'environnement obésogène ([Dako et al., 2017](#)). De plus, l'association intergénérationnelle du BMI parent-enfant est bien confirmée dans les populations contemporaines ([Chodick et al., 2024](#)). Ainsi, nos résultats sur les antécédents familiaux s'accordent avec le rôle reconnu des prédispositions polygéniques et de leurs interactions avec le milieu.

Les origines ethniques ne sont pas significativement associées à l'IMC ($p=0,2$), bien qu'une proportion plus élevée d'étudiants caucasiens soit observée dans le groupe en surcharge pondérale (35,3 % vs 11,5 %). Cette absence de significativité doit être interprétée avec réserve compte tenu de la faible puissance statistique et du recours à des catégories agrégées. Au Canada, les différences d'adiposité selon l'origine ethnique sont réelles mais hétérogènes, variant selon le sexe, l'âge, le statut migratoire et le milieu universitaire ([Sharma, Manoharan, et al., 2020](#)). Elles interagissent en outre avec des facteurs culturels (alimentation, activité, sommeil) et structurels (coût des repas).

Les habitudes familiales (alimentation, activité physique) ne sont pas associées à l'IMC dans nos données ($p = 0,3$ et $p = 0,2$). D'un point de vue conceptuel, l'environnement familial contribue à façonner les routines de sommeil, d'activité et d'alimentation, mais cet effet transversal semble s'atténuer chez de jeunes adultes vivant hors du foyer parental (colocations : 46,5 %; vie seule : 25,6 %). L'autonomie résidentielle et les contraintes universitaires (horaires de cours, périodes d'examens, offre alimentaire sur campus). La littérature récente menée en contexte universitaire souligne d'ailleurs l'abondance d'aliments ultra-transformés et l'importance des aménagements pour « santé au quotidien », ce qui tend à relativiser l'impact du foyer d'origine une fois l'étudiant immergé dans un micro-environnement spécifique ([Charron, s. d.](#)).

Les facteurs géographiques apportent deux résultats instructifs. Premièrement, l'accès aux espaces verts n'est pas associé à l'IMC ($p = 0,6$). Ce résultat s'inscrit dans une littérature hétérogène : certaines méta-analyses rapportent un effet protecteur modeste des espaces verts sur l'obésité, mais avec une forte hétérogénéité et des limites de causalité liées à la mesure de l'exposition et à la confusion résiduelle) ([Luo et al., 2020](#)). Deuxièmement, la proximité des restaurants montre une tendance à la significativité ($p = 0,10$) et va dans le sens des synthèses probantes qui relient densité ou proximité de fast-food à une probabilité accrue d'obésité ([Pineda et al., 2024](#)). Cette proximité réduit les coûts d'accès (temps, prix perçu), multiplie les expositions (publicité, promotions) et favorise grignotages et

substitutions de repas, surtout lorsque s'ajoutent un temps d'écran élevé et un sommeil désorganisé. Un triptyque comportemental que les lignes directrices 24 h recommandent d'aborder conjointement ([Nagata et al., 2023](#); [Pineda et al., 2024](#); [Ross et al., 2020](#)).

Deux considérations méthodologiques renforcent le mérite d'être soulignées. D'une part, nos déterminants comportementaux (alimentation, activité, sédentarité) reposent sur l'auto-déclaration, ce qui les expose à un biais de classification non différentiel et tend à réduire les estimations d'association («biais vers la nullité »). D'autre part, l'IMC corrigé issu de tailles et poids déclarés reste un indicateur imparfait de l'adiposité. Malgré l'amélioration apportée par les équations de correction , l'IMC peut classer de façon erronée certains profils (par exemple sportifs ou phénotypes variables selon l'origine), et sa corrélation avec la composition corporelle demeure partielle ([Gorber et al., 2007](#); [Scholes et al., 2023](#)).

En résumé, la durée du sommeil apparaît comme le déterminant statistiquement significatif ; l'environnement alimentaire de proximité envoie un signal convergent avec la littérature probante ; l'activité physique déclarée, l'alimentation et les habitudes familiales pourraient être affectées par le bruit de mesure et le manque de puissance; les antécédents familiaux d'obésité s'alignent avec les données génétiques; enfin, l'origine ethnique et l'accès aux espaces verts ne montrent pas d'effet dans notre étude, mais la littérature reste hétérogène sur ces dimensions. Ces résultats suggèrent plusieurs implications pratiques : cibler la régularité et la durée du sommeil, réduire l'exposition aux environnements alimentaires délétères autour des campus (offre, accessibilité, prix), agir simultanément sur les écrans et l'activité physique plutôt que de manière isolée, et intégrer le risque familial dans des stratégies individualisées de prévention.

4.3. Limites de l'étude

La principale limite de cette recherche réside dans la taille réduite de l'échantillon (n = 43). Ce faible effectif diminue la puissance statistique des analyses et limite la portée des conclusions, en particulier pour la généralisation des résultats à l'ensemble de la population étudiante. De plus, la sous-représentation du CCNB (seulement 7 répondants, contre 36 à l'Université de Moncton) compromet la fiabilité des comparaisons entre établissements. Comme souvent dans les sondages en ligne, l'échantillonnage reposait sur le volontariat des répondants, ce qui peut introduire un biais d'auto-sélection : les étudiants qui ont choisi de répondre ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la population cible.

En conséquence, cette étude doit être considérée comme exploratoire, offrant une première description de la situation locale et permettant de générer des hypothèses à tester dans le cadre de recherches futures à plus grande échelle.

5. Conclusion et recommandations

En somme, la durée du sommeil apparaît comme le déterminant le plus significatif, tandis que l'environnement alimentaire de proximité émet un signal convergent avec les données probantes existantes. L'activité physique déclarée, l'alimentation et les habitudes familiales pourraient être affectées par le bruit de mesure et le manque de puissance. Les antécédents familiaux d'obésité montrent une tendance alignée avec la littérature génétique, alors que l'origine ethnique et l'accès aux espaces verts ne révèlent pas d'effet dans cette étude, bien que la littérature demeure hétérogène à ce sujet. Ces résultats dégagent plusieurs implications pratiques : cibler la régularité et la durée du sommeil, réduire l'exposition aux environnements alimentaires défavorables autour des campus (offre, accessibilité, prix), agir simultanément sur les écrans et l'activité physique plutôt que de manière isolée, et intégrer le risque familial dans des stratégies individualisées de prévention.

Recommandations

Les recommandations se déclinent selon deux niveaux d'intervention :

Niveau institutionnel

- Valoriser le sommeil comme un pilier de santé et de bien-être : développer des campagnes de sensibilisation, diffuser des guides pratiques et adapter, lorsque possible, les horaires académiques aux recommandations officielles sur la durée du sommeil.
- Renforcer les politiques nutritionnelles : réviser régulièrement les normes alimentaires dans les cafétérias et commerces environnants, encadrer la publicité et le marketing ciblant les jeunes, instaurer des mesures fiscales telles que la taxation des boissons sucrées et la subvention des fruits et légumes.
- Agir sur l'environnement : intégrer le principe de « santé dans toutes les politiques », et évaluer systématiquement l'impact des interventions environnementales mises en place sur les campus et leur voisinage.

Niveau individuel

- Sommeil : adopter de bonnes pratiques d'hygiène du sommeil, consulter rapidement un professionnel de santé en cas de troubles (insomnie, apnée), et intégrer la régularité dans les routines quotidiennes.
- Alimentation : apprendre à lire les étiquettes nutritionnelles, planifier ses repas, adapter son alimentation aux besoins énergétiques, et solliciter des conseils nutritionnels, particulièrement pour les étudiants à risque de surpoids ou d'obésité.
- Activité physique : privilégier les modes de transport actif et viser au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour.

- Habitudes de vie globales : adopter et maintenir des comportements protecteurs contre le surpoids et de l'obésité, susceptibles d'influencer positivement la famille et les pairs.

La mise en œuvre de ces recommandations favoriserait la création d'un environnement propice à la santé, permettant à la population étudiante d'adopter des comportements sains de manière durable.

Cette approche illustre l'apport de la présente étude pour guider des politiques et pratiques préventives efficaces et ciblées en contexte universitaire, dans le but de réduire la survenue du surpoids et de l'obésité.

6. Références bibliographiques

[Administration générale-Environnement scolaire-alimentation-juin 2021.pdf. \(s. d.\). Consulté 5 septembre 2025, à l'adresse
https://francophonesud.nbed.nb.ca/images/1015 - Administration g%C3%A9n%C3%A9rale - Environnement scolaire - alimentation - juin 2021.pdf](#)

[Adult overweight and obesity. \(s. d.\). NHS England Digital. Consulté 18 août 2025, à l'adresse
https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2022-part-2/adult-overweight-and-obesity](#)

[Agence de la santé publique du C. \(2010, septembre 7\). Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé \[Politiques\].
https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/modes-vie-sains/freiner-obesite-juvenile-cadre-action-federal-provincial-territoria.html](#)

[Batioja, K., Elenwo, C., Hendrix-Dicken, A., Ali, L., Wetherill, M. S., & Hartwell, M. \(2024\). Associations of social determinants of health and childhood obesity: A cross-sectional analysis of the 2021 National Survey of Children's Health. *Journal of Osteopathic Medicine*, 124\(5\), 231-239.
https://doi.org/10.1515/jom-2023-0239](#)

[Beaudry, K. M., Ludwa, I. A., Thomas, A. M., Ward, W. E., Falk, B., & Josse, A. R. \(2019\). First-year university is associated with greater body weight, body composition and adverse dietary changes in males than females. *PLoS ONE*, 14\(7\), e0218554.
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218554](#)

[Campus de Moncton du CCNB. \(s. d.\). Consulté 22 août 2025, à l'adresse
https://nbcc.ca/campuses/moncton](#)

[Canada, A. de la santé publique du. \(2025, juin 5\). Statistiques sur l'obésité au Canada \[Recherche;statistiques\].
https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/statistiques-obesite-canada.html](#)

[Canada, H. \(2017, septembre 15\). Prohibiting the Use of Partially Hydrogenated Oils in Foods \[Guidance - legislative\].
https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/public-involvement-partnerships/modification-prohibiting-use-partially-hydrogenated-oils-in-foods.html](#)

[Canada, H. \(2020, juillet 13\). Healthy eating recommendations. *Canada Food Guide*.
https://food-guide.canada.ca/en/healthy-eating-recommendations/](#)

[Canada, H. \(2022, mai 25\). Nutrition labelling : Front-of-package nutrition symbol \[Program descriptions\].
https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/nutrition-labelling/front-package.html](#)

[Canada, P. H. A. of. \(2025, juin 5\). Obesity Statistics in Canada : Report \[Research;statistics\].
https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/obesity-statistics-canada.html](https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/obesity-statistics-canada.html)

[Chai, L. \(2024\). Exploring the Impact of Length of Residence and Food Insecurity on Weight Status Among Canadian Immigrants. American Journal of Health Promotion, 38\(8\), 1095-1103. https://doi.org/10.1177/08901171241246842](https://doi.org/10.1177/08901171241246842)

[Charron, A. \(s. d.\). Consommation de produits ultra-transformés et expérience alimentaire des étudiants internationaux lors de leur parcours à l'Université de Montréal : Une enquête socioalimentaire.](#)

[Children's overweight and obesity. \(s. d.\). NHS England Digital. Consulté 18 août 2025, à l'adresse
https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2022-part-2/childrens-overweight-and-obesity](https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2022-part-2/childrens-overweight-and-obesity)

[Chodick, G., Simchoni, M., Jensen, B. W., Derazne, E., Pinhas-Hamiel, O., Landau, R., Abramovich, A., Afek, A., Baker, J. L., & Twig, G. \(2024\). Heritability of Body Mass Index Among Familial Generations. JAMA Network Open, 7\(6\), e2419029. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19029](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19029)

[Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. \(2000\). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : International survey. BMJ : British Medical Journal, 320\(7244\), 1240. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240)

[Comportements liés à la santé. \(s. d.\). Consulté 23 août 2025, à l'adresse
https://csnb.ca/tableau/comportements-lies-la-sante](https://csnb.ca/tableau/comportements-lies-la-sante)

[Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. \(s. d.\). Éléves de la 6e à la 12e année qui sont en surpoids ou qui sont obèses \(auto-déclaré à partir de leur taille et poids\). Consulté 7 février 2025, à l'adresse https://csnb.ca/indicateurs/sh_bmi03_1](https://csnb.ca/indicateurs/sh_bmi03_1)

[CSNB - Profil de santé de la population 2022—Zone 1 0.pdf. \(s. d.\). Consulté 22 mars 2025, à l'adresse
https://csnb.ca/sites/default/files/publications-attachments/CSNB%20-%20Profil%20de%20sant%C3%A9%20de%20la%20population%202022%20-%20Zone%201_0.pdf](https://csnb.ca/sites/default/files/publications-attachments/CSNB%20-%20Profil%20de%20sant%C3%A9%20de%20la%20population%202022%20-%20Zone%201_0.pdf)

[da Costa, L. P., Dias, S. F., & Martins, M. do R. O. \(2017\). Association between length of residence and overweight among adult immigrants in Portugal : A nationwide cross-sectional study. BMC Public Health, 17\(1\), 316. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4252-5](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4252-5)

[Dako, E., Atchibri, L. A., Mobetty, F., Belbraouet, S., Tchapy, G. T., & Villalon, L. \(2017\). Risk Factors for Overweight and Obesity among Children Ages 0 to 3.5 Living in the Miramichi Public Health Region of New-Brunswick, Canada. Food and Nutrition Sciences, 8\(3\), 334-347. https://doi.org/10.4236/fns.2017.83023](https://doi.org/10.4236/fns.2017.83023)

[Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Nations Unies, 2018. \(s. d.\).](#)

[Dixon, B., Peña, M.-M., & Taveras, E. M. \(2012\). Lifecourse Approach to Racial/Ethnic Disparities in Childhood Obesity. *Advances in Nutrition*, 3\(1\), 73-82. <https://doi.org/10.3945/an.111.000919>](#)

[Eknoyan, G. \(2008\). Adolphe Quetelet \(1796–1874\)—The average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23\(1\), 47-51. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm517>](#)

[Élisabeth Rousseau Harsany & Laurence Gariépy-Assal. \(2019\). Caring for Kids New to Canada—Obesity in Immigrant Children and Youth. <https://kidsnewtocanada.ca/health-promotion/obesity>](#)

[Environnement scolaire favorable à l'alimentation plus saine N-B. \(s. d.\). Consulté 5 septembre 2025, à l'adresse \[https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/policies-politiques/f/711_F.pdf\]\(https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/policies-politiques/f/711_F.pdf\)](#)

[Feng, S., Park, J.-H., Zhang, Q., Ma, P., Lee, J.-M., & Shin, J. C. \(2025\). The Associations Between Sleep Duration and Various Metabolic Health Indices Among Adults in the United States : A Multivariate Analysis of Variance \(MANOVA\) Using National Health and Nutrition Examination Survey \(NHANES\) 2021 to 2023 Dataset. *Journal of Primary Care & Community Health*, 16, 21501319251315599. <https://doi.org/10.1177/21501319251315599>](#)

[Froguel, P. \(2015\). Les gènes de l'obésité et leur contribution à la balance énergétique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 199\(8-9\), 1269-1279. \[https://doi.org/10.1016/s0001-4079\\(19\\)30812-x\]\(https://doi.org/10.1016/s0001-4079\(19\)30812-x\)](#)

[Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050 : A forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. \(2025\). *Lancet* \(London, England\), 405\(10481\), 785-812. \[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\\(25\\)00397-6\]\(https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00397-6\)](#)

[Gohil, A., & Hannon, T. S. \(2018\). Poor Sleep and Obesity: Concurrent Epidemics in Adolescent Youth. *Frontiers in Endocrinology*, 9, 364. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00364>](#)

[Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D., & Gorber, B. \(2007\). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index : A systematic review. *Obesity Reviews*, 8\(4\), 307-326. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00347.x>](#)

[Gouvernement du Canada, S. C. \(2014, septembre 11\). Norme antérieure—Âge. <https://www.statcan.gc.ca/fr/concepts/definitions/anterieures/age1a>](#)

[Gouvernement du Canada, S. C. \(2024, mars 4\). Un aperçu des mesures relatives au poids et à la taille dans le cadre de la Journée internationale de l'obésité.](#)

<https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/5742-un-aperçu-des-mesures-relatives-au-poids-et-la-taille-dans-le-cadre-de-la-journée>

Government of Canada, S. C. (2024, mars 4). An overview of weight and height measurements on World Obesity Day. <https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/5742-overview-weight-and-height-measurements-world-obesity-day>

Growth reference 5-19 years—BMI-for-age (5-19 years). (s. d.). Consulté 27 juin 2025, à l'adresse

<https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

Guide du professionnel de la santé pour l'usage des courbes de croissance. (2004). Paediatrics & Child Health, 9(3), 185-188. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720492/>

Healthy Learners in School. (s. d.). Horizon Health Network. Consulté 24 août 2025, à l'adresse <https://horizonnb.ca/services/public-health/healthy-learners-in-school/>

Hélène E., Anne-J. S. Chloé R., S. P. F. (2020). Exposition des enfants et des adolescents à la publicité pour des produits gras, sucrés, salés.

HLSPGuide.pdf. (s. d.). Consulté 24 août 2025, à l'adresse <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/HealthyPeople/HLSPGuide.pdf>

Howes, E. M., Parker, M. K., Misyak, S. A., DiFeliceantonio, A. G., Davy, B. M., Brown, L. E. C., & Hedrick, V. E. (2024). The Impact of Weight Bias and Stigma on the 24 h Dietary Recall Process in Adults with Overweight and Obesity: A Pilot Study. *Nutrients*, 16(2), 191. <https://doi.org/10.3390/nu16020191>

<https://www.gov.nl.ca/fin/sugar-sweetened-beverage-tax/>. (s. d.). Finance. Consulté 2 septembre 2025, à l'adresse <https://www.gov.nl.ca/fin/sugar-sweetened-beverage-tax/>

Ilić, M., Pang, H., Vlaški, T., Grujičić, M., & Novaković, B. (2024). Prevalence and associated factors of overweight and obesity among medical students from the Western Balkans (South-East Europe Region). *BMC Public Health*, 24(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17389-7>

Islam, A. N. M. S., Sultana, H., Nazmul Hassan Refat, Md., Farhana, Z., Abdulbasah Kamil, A., & Meshbahur Rahman, M. (2024). The global burden of overweight-obesity and its association with economic status, benefiting from STEPs survey of WHO member states : A meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 46, 102882. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102882>

Kansra, A. R., Lakkunarajah, S., & Jay, M. S. (2021). Childhood and Adolescent Obesity : A Review. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 581461. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.581461>

[Kerr, J. A., Patton, G. C., Cini, K. I., Abate, Y. H., Abbas, N., Abd Al Magied, A. H. A., Abd ElHafeez, S., Abd-Elsalam, S., Abdollahi, A., Abdoun, M., Abdulah, D. M., Abdulkader, R. S., Abdullahi, A., Abeywickrama, H. M., Abie, A., Abiodun, O., Abohashem, S., Abtahi, D., Abualruz, H., ... Azzopardi, P. S. \(2025\). Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050 : A forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 405\(10481\), 785-812. \[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\\(25\\)00397-6\]\(https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(25\)00397-6\)](#)

[Kilpi, F., & Howe, L. D. \(2023\). Early-life socioeconomic circumstances and the comorbidity of depression and overweight in adolescence and young adulthood : A longitudinal study \(p. 2023.04.24.23289020\). *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.04.24.23289020>](#)

[Kohanmoo, A., Akhlaghi, M., Sasani, N., Nouripour, F., Lombardo, C., & Kazemi, A. \(2024\). Short sleep duration is associated with higher risk of central obesity in adults : A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obesity Science & Practice*, 10\(3\), e772. <https://doi.org/10.1002/osp4.772>](#)

[Lee, E. B. \(2024\). What is the disease burden from childhood and adolescent obesity? : A narrative review. *Journal of Yeungnam Medical Science*, 41\(3\), 150-157. <https://doi.org/10.12701/jyms.2024.00360>](#)

[Luo, Y.-N., Huang, W.-Z., Liu, X.-X., Markevych, I., Bloom, M. S., Zhao, T., Heinrich, J., Yang, B.-Y., & Dong, G.-H. \(2020\). Greenspace with overweight and obesity : A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies up to 2020. *Obesity Reviews*, 21\(11\), e13078. <https://doi.org/10.1111/obr.13078>](#)

[Lytvyak, E., Straube, S., Modi, R., & Lee, K. K. \(2022\). Trends in obesity across Canada from 2005 to 2018 : A consecutive cross-sectional population-based study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 10\(2\), E439-E449. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210205>](#)

[Militello, L. K., Kelly, S., Melnyk, B. M., Smith, L., & Petosa, R. \(2018\). A Review of Systematic Reviews Targeting the Prevention and Treatment of Overweight and Obesity in Adolescent Populations. *Journal of Adolescent Health*, 63\(6\), 675-687. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.013>](#)

[Moncton | UMoncton. \(s. d.\). Consulté 20 août 2025, à l'adresse <http://www.umoncton.ca/moncton>](#)

[Moncton Active Transportation Plan. \(s. d.\).](#)

[Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Lim, S. S. \(2020\). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and](#)

[territories, 1990–2019 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396\(10258\), 1223-1249.
https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](#)

[Nagata, J. M., Smith, N., Alsamman, S., Lee, C. M., Dooley, E. E., Kiss, O., Ganson, K. T., Wing, D., Baker, F. C., & Gabriel, K. P. \(2023\). Association of Physical Activity and Screen Time With Body Mass Index Among US Adolescents. JAMA Network Open, 6\(2\), e2255466.
https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.55466](#)

[National Institute of Mental Health. \(s. d.\). Qu'est-ce que la prévalence ? - Institut national de la santé mentale \(NIMH\). Consulté 27 juin 2025, à l'adresse
https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/what-is-prevalence](#)

[National-level and state-level prevalence of overweight and obesity among children, adolescents, and adults in the USA, 1990–2021, and forecasts up to 2050. \(2024\). Lancet \(London, England\), 404\(10469\), 2278-2298.
https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01548-4](#)

[Nguyen, M., Jarvis, S. E., Tinajero, M. G., Yu, J., Chiavaroli, L., Mejia, S. B., Khan, T. A., Tobias, D. K., Willett, W. C., Hu, F. B., Hanley, A. J., Birken, C. S., Sievenpiper, J. L., & Malik, V. S. \(2023\). Sugar-sweetened beverage consumption and weight gain in children and adults : A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and randomized controlled trials. The American Journal of Clinical Nutrition, 117\(1\), 160-174.
https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2022.11.008](#)

[Obésité bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge-INSERM 2006. \(s. d.\).](#)

[Obesity and overweight. \(s. d.\). Consulté 18 août 2025, à l'adresse
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](#)

[OMS. \(s. d.\). Obésité et surpoids. Consulté 6 février 2025, à l'adresse
https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](#)

[Park, H., Choi, J. E., Jun, S., Lee, H., Kim, H. S., Lee, H. A., & Park, H. \(2023\). Metabolic complications of obesity in children and adolescents. Clinical and Experimental Pediatrics, 67\(7\), 347-355.
https://doi.org/10.3345/cep.2023.00892](#)

[Patinkin, Z. W., Feinn, R., & Santos, M. \(2017\). Metabolic Consequences of Obstructive Sleep Apnea in Adolescents with Obesity : A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Childhood Obesity, 13\(2\), 102-110.
https://doi.org/10.1089/chi.2016.0248](#)

[Petersen, K. F., Dufour, S., Befroy, D., Garcia, R., & Shulman, G. I. \(2004\). Impaired Mitochondrial Activity in the Insulin-Resistant Offspring of Patients with Type 2 Diabetes. The New England journal of medicine, 350\(7\), 664-671.
https://doi.org/10.1056/NEJMoa031314](#)

[Pineda, E., Stockton, J., Scholes, S., Lassale, C., & Mindell, J. S. \(2024\). Food environment and obesity : A systematic review and meta-analysis. BMJ Nutrition, Prevention & Health, 7\(1\), 204-211.
https://doi.org/10.1136/bmjnp-2023-000663](#)

[Prince, S. A., Cardilli, L., Reed, J. L., Saunders, T. J., Kite, C., Douillette, K., Fournier, K., & Buckley, J. P. \(2020\). A comparison of self-reported and device measured sedentary behaviour in adults : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17\(1\), 31. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00938-3>](#)

[Reuter, M., Diehl, K., Richter, M., Sundmacher, L., Hövener, C., Spallek, J., & Dragano, N. \(2024\). A longitudinal analysis of health inequalities from adolescence to young adulthood and their underlying causes. *Advances in Life Course Research*, 59, 100593. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2024.100593>](#)

[Ronan, L., Alexander-Bloch, A., & Fletcher, P. C. \(2020\). Childhood Obesity, Cortical Structure, and Executive Function in Healthy Children. *Cerebral Cortex \(New York, NY\)*, 30\(4\), 2519-2528. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhz257>](#)

[Ross, R., Chaput, J.-P., Giangregorio, L. M., Janssen, I., Saunders, T. J., Kho, M. E., Poitras, V. J., Tomasone, J. R., El-Kotob, R., McLaughlin, E. C., Duggan, M., Carrier, J., Carson, V., Chastin, S. F., Latimer-Cheung, A. E., Chulak-Bozzer, T., Faulkner, G., Flood, S. M., Gazendam, M. K., ... Tremblay, M. S. \(2020\). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18-64 years and Adults aged 65 years or older : An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism = Physiologie Appliquee, Nutrition Et Metabolisme*, 45\(10 \(Suppl. 2\)\), S57-S102. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>](#)

[Santé des adolescents. \(s. d.\). Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>](#)

[Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S., & Rosario, A. S. \(2018\). Overweight and obesity among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. *Journal of Health Monitoring*, 3\(1\), 15-22. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-022.2>](#)

[Scholes, S., Ng Fat, L., Moody, A., & Mindell, J. S. \(2023\). Does the use of prediction equations to correct self-reported height and weight improve obesity prevalence estimates? A pooled cross-sectional analysis of Health Survey for England data. *BMJ Open*, 13\(1\), e061809. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061809>](#)

[Shafiee, A., Nakhaee, Z., Bahri, R. A., Amini, M. J., Salehi, A., Jafarabady, K., Seighali, N., Rashidian, P., Fathi, H., Esmailpur Abianeh, F., Omran, S. P., Bakhtiyari, M., & Alirezai, A. \(2024\). Global prevalence of obesity and overweight among medical students : A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24\(1\), 1673. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19184-4>](#)

[Sharma, T., Langlois, C., Morassut, R. E., & Meyre, D. \(2020\). Effect of living arrangement on anthropometric traits in first-year university students from Canada : The GENEiUS study. *PLoS ONE*, 15\(11\), e0241744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241744>](#)

- [Sharma, T., Manoharan, B., Langlois, C., Morassut, R. E., & Meyre, D. \(2020\). The effect of race/ethnicity on obesity traits in first year university students from Canada : The GENEiUS study. PLOS ONE, 15\(11\), e0242714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242714>](#)
- [Sharma, T., Morassut, R. E., Langlois, C., & Meyre, D. \(2021\). Effect of sex/gender on obesity traits in Canadian first year university students : The GENEiUS study. PLOS ONE, 16\(2\), e0247113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247113>](#)
- [Sigmund, E., Sigmundová, D., Pavelka, J., Kalman, M., Voráčková, J., Meier, Z., Kopčáková, J., & Badura, P. \(2023\). Changes in the prevalence of obesity in Czech adolescents between 2018 and 2022 and its current non-genetic correlates – HBSC study. BMC Public Health, 23\(1\), 2092. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17010-x>](#)
- [Silventoinen, K., Li, W., Jelenkovic, A., Sund, R., Yokoyama, Y., Aaltonen, S., Piirtola, M., Sugawara, M., Tanaka, M., Matsumoto, S., Baker, L. A., Tuvblad, C., Tynelius, P., Rasmussen, F., Craig, J. M., Saffery, R., Willemsen, G., Bartels, M., van Beijsterveldt, C. E. M., ... Kaprio, J. \(2022\). Changing genetic architecture of body mass index from infancy to early adulthood : An individual based pooled analysis of 25 twin cohorts. International Journal of Obesity \(2005\), 46\(10\), 1901-1909. <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01202-3>](#)
- [Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. \(2016\). Predicting adult obesity from childhood obesity : A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews, 17\(2\), 95-107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>](#)
- [Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S., & Kuhnert, R. \(2025\). Prevalence of obesity and smoking among adults in Germany – trends from 2003 to 2023. Journal of Health Monitoring, 10\(1\), e13038. <https://doi.org/10.25646/13038>](#)
- [State of Obesity 2023 : Better Policies for a Healthier America. \(s. d.\). TFAH. Consulté 7 février 2025, à l'adresse <https://www.tfah.org/report-details/state-of-obesity-2023/>](#)
- [Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. \(2008\). Creating Healthy Food and Eating Environments : Policy and Environmental Approaches. Annual Review of Public Health, 29\(1\), 253-272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>](#)
- [Student Wellness Survey-Results for Anglophone and Francophone Sectors.pdf. \(s. d.\).](#)
- [Suivi des Progrès Dans la Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2020 \(1st ed\). \(2020\). World Health Organization.](#)
- [Sutherland, M. E. \(2021\). Prevalence of Overweight and Obesity Among African American Children and Adolescents : Risk Factors, Health Outcomes, and Prevention/Intervention Strategies. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 8\(5\), 1281-1292. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00890-9>](#)

[Vadeboncoeur, C., Townsend, N., & Foster, C. \(2015\). A meta-analysis of weight gain in first year university students : Is freshman 15 a myth? BMC obesity, 2, 22. https://doi.org/10.1186/s40608-015-0051-7](https://doi.org/10.1186/s40608-015-0051-7)

[Verdot, C. \(s. d.\). Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude ESTEBAN et évolution depuis 2006/ Children and adults body mass index in France in 2015. Results of the ESTEBAN study and trends.](#)

[Williams, M. S., McKinney, S. J., & Cheskin, L. J. \(2024\). Social and Structural Determinants of Health and Social Injustices Contributing to Obesity Disparities. Current Obesity Reports, 13\(3\), 617-625. https://doi.org/10.1007/s13679-024-00578-9](https://doi.org/10.1007/s13679-024-00578-9)

[World Health Organization. \(2016a\). Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity : Report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity, Geneva, Switzerland. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/206549](https://iris.who.int/handle/10665/206549)

[World Health Organization. \(2016b\). Report of the commission on ending childhood obesity. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/204176](https://iris.who.int/handle/10665/204176)

[World Obesity Atlas 2023 Report.pdf. \(s. d.\). Consulté 28 août 2025, à l'adresse https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World Obesity Atlas 2023 Report.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World%20Obesity%20Atlas%202023%20Report.pdf)

[Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022 : A pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. \(2024\). Lancet \(London, England\), 403\(10431\), 1027-1050. https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)

7. Liste des illustrations

Figure 1 : Politiques et processus sociétaux influençant la prévalence de l'obésité dans la population	20
Figure 2 : Schéma du cadre conceptuel du surpoids et de l'obésité	21
Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe	28
Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le statut migratoire	30
Figure 5 : Répartition des participants selon l'origine ethnique et /ou culturelle	31
Figure 6 : Répartition des participants selon le nombre de repas par jour	32
Figure 7 : Répartition des participants selon la fréquence des repas pris dans un restaurant fast-food par semaine	33
Figure 8 : Répartition des participants selon la fréquence de consommation des aliments	33

8. Liste des tableaux

Tableau 1 : Classifications du surpoids et de l'obésité	12
Tableau 2 : Récapitulatif des complications et comorbidités associées à l'obésité chez l'enfant et l'adolescent [38]	16
Tableau 3 : Distribution des participants selon l'établissement d'enseignement (Université de Moncton et CCNB)	28
Tableau 4 : Répartition des participants selon l'âge	28
Tableau 5 : Répartition des participants selon la durée de résidence à Moncton	29
Tableau 6 : Répartition des participants selon la composition du foyer	29
Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'éducation le plus élevé des parents/tuteurs	29
Tableau 8 : Répartition des participants selon le revenu familial annuel	30
Tableau 9 : Répartition des participants selon l'indice de masse corporelle corrigé	31
Tableau 10 : Répartition des participants selon les repas pris régulièrement	32
Tableau 11 : Répartition des participants selon la fréquence des repas pris en famille par semaine	32
Tableau 12 : Répartition des participants selon la quantité d'eau consommée par jour	34
Tableau 13 : Répartition des participants selon la fréquence hebdomadaire d'activité physique	34
Tableau 14 : Répartition des participants selon les types d'activités physiques	35
Tableau 15 : Répartition des participants selon le mode de transport habituel	35
Tableau 16 : Répartition des participants selon le temps d'écran quotidien	36
Tableau 17 : Répartition des participants selon la durée de sommeil nocturne	36
Tableau 18 : Répartition des participants selon la qualité du sommeil	36
Tableau 19 : Répartition des participants selon la qualité des habitudes alimentaires familiales	37
Tableau 20 : Répartition des participants selon les antécédents familiaux de surpoids/obésité	37
Tableau 21 : Répartition des participants selon la pratique familiale d'activité physique	37
Tableau 22 : Répartition des participants selon la pratique d'activité physique par les pairs	38
Tableau 23 : Répartition des participants selon la distance du supermarché et selon la distance du fast-food plus proche	38
Tableau 24 : Répartition des participants selon la distance du parc	39

Tableau 25 : Distribution des enquêtés selon l'âge et le sexe	39
Tableau 26 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'éducation des parents/ tuteurs	40
Tableau 27 : Répartition des enquêtés selon les habitudes alimentaires quantitatives	40
Tableau 28 : Répartition des enquêtés selon la consommation d'aliments à risque	41
Tableau 29 : Répartition des enquêtés selon l'activité physique	42
Tableau 30 : Répartition des participants selon les habitudes de sommeil et temps d'écran	43
Tableau 31 : Répartition selon les facteurs génétiques et ethniques	44
Tableau 32 : Répartition des enquêtés selon l'environnement familial	44
Tableau 33 : Répartition des enquêtés selon l'accessibilité environnementale	45

9. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de recueil des données

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES DE LA VILLE DE MONCTON

SECTION A : INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Quel âge avez-vous? _____ ans
2. Quel est votre sexe? ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre (précisez) : _____ ☐ Je préfère ne pas répondre
3. Quelle est votre langue principale? ☐ Français ☐ Anglais ☐ Les deux ☐ Autre (précisez) : _____
4. Depuis combien de temps résidez-vous à Moncton? ☐ Moins d'un an ☐ 1 à 5 ans ☐ Plus de 5 ans ☐ Toute ma vie
5. Quel est votre niveau d'éducation actuel? ☐ École secondaire (non complétée) ☐ École secondaire (complétée) ☐ Études collégiales (en cours) ☐ Études collégiales (complétées) ☐ Études universitaires (en cours) ☐ Études universitaires (complétées)
6. Quelle est la composition de votre foyer? ☐ Famille biparentale (deux parents biologiques) ☐ Famille recomposée ☐ Famille monoparentale ☐ Je vis seul(e) ☐ Je vis avec des colocataires ☐ Autre (précisez) : _____
7. Quel est le plus haut niveau d'éducation atteint par vos parents/tuteurs? : _____
8. Quel est votre revenu familial? : _____
9. Quel est votre statut migratoire? : ☐ Né (e) au Canada ☐ immigré (e) depuis moins de 5 ans, ☐ immigré (e) depuis 5 ans ou plus
10. Quelle est votre origine ethnique?
Origine franco-canadienne : ☐ canadienne ☐ acadienne ☐ québécoise ☐ néo brunswickoise

Origine anglo saxonne ou nord européenne : ☐ anglaise ☐ écossaise ☐ irlandaise ☐ allemande
☐ autre (précisez) : _____

Origine méditerranéenne ou moyen orientale : ☐ française ☐ italienne ☐ espagnole ☐ turque
☐ arabe (Liban, Syrie, Maroc, Egypte, etc) ☐ autres (précisez) : _____

Origine afro-caribéenne : ☐ africaine ☐ afro-caribéenne (Haiti, Jamaïque ou autre, précisez):

Origine autochtone ☐

Origine asiatique : ☐ sud-asiatique (Inde, Pakistan, Sri Lanka, Bangladesh, autre, précisez) :

☐ asie de l'est (Chine, Japon, Corée, autre, précisez) : _____

☐ asie du sud-est (Vietnam, Cambodge, Philippines, autre, précisez) : _____

Je m'identifie à plusieurs cultures (précisez) : _____

Autres origines non répertoriées (précisez) : _____

SECTION B : MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

11. Poids (kg) : _____

12. Taille (cm) : _____

SECTION C : HABITUDES ALIMENTAIRES

13. Quel est le nombre régulier des repas et leur horaire par jour :

En moyenne, combien de repas prenez-vous par jour ?

- ☐ 1 repas
- ☐ 2 repas
- ☐ 3 repas
- ☐ Plus de 3 repas
- ☐ Cela varie chaque jour

À quelles heures prenez-vous habituellement vos repas ?

(Indiquez l'heure approximative pour chaque type de repas que vous prenez régulièrement)

- Petit-déjeuner : _____
- Déjeuner (midi) : _____
- Dîner / Souper (soir) : _____
- Autres repas (si applicable) : _____

14. Combien de fois par semaine prenez-vous vos repas en famille? ☐ Jamais ☐ 1-2 fois par semaine ☐ 3-4 fois par semaine ☐ 5-6 fois par semaine ☐ Tous les jours

15. Combien de fois par semaine mangez-vous dans un restaurant-minute (fast-food)? ☐ Jamais ☐ 1-2 fois par semaine ☐ 3-4 fois par semaine ☐ 5-6 fois par semaine ☐ Tous les jours

16. À quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants?

Aliments	Jamais	Moins d'1 fois par semaine	1-3 fois par semaine	4-6 fois par semaine	1 fois par jour	2 fois ou plus par jour
Fruits frais						
Légumes frais						
Produits laitiers						
Viandes rouges						
Volaille						
Poisson						
Légumineuses						
Céréales complètes						
Pâtisseries, sucreries						
Boissons sucrées						
Aliments frits						

17. Quelle quantité d'eau buvez-vous par jour? ☐ Moins d'un verre ☐ 1-2 verres ☐ 3-4 verres ☐ 5-6 verres ☐ 7-8 verres ☐ Plus de 8 verres

SECTION D : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

18. Sur une semaine, combien de jours avez-vous pratiqué une activité physique d'intensité modérée à élevée pendant au moins 30 minutes? (activités qui augmentent votre rythme cardiaque et vous font respirer plus fort) ☐ 0 jour ☐ 1 jour ☐ 2 jours ☐ 3 jours ☐ 4 jours ☐ 5 jours ☐ 6 jours ☐ 7 jours

19. Quels types d'activités physiques pratiquez-vous régulièrement? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) ☐ Marche ☐ Course à pied ☐ Natation ☐ Cyclisme ☐ Sports d'équipe (précisez) : _____ ☐ Danse ☐ Conditionnement physique/musculation ☐ Autres (précisez) : _____ ☐ Je ne pratique aucune activité physique régulièrement

20. Participez-vous à des activités sportives organisées (équipes, clubs, etc.)? ☐ Non ☐ Oui, 1-2 fois par semaine ☐ Oui, 3-4 fois par semaine ☐ Oui, 5 fois ou plus par semaine

21. Comment vous rendez-vous habituellement à l'école/au travail? ☐ À pied ☐ À vélo ☐ En transport en commun ☐ En voiture (conducteur) ☐ En voiture (passager) ☐ Autre (précisez) : _____

22. En moyenne, combien d'heures par jour passez-vous devant un écran (télévision, ordinateur, tablette, téléphone, jeux vidéo) pendant votre temps libre? ☐ Moins d'1 heure ☐ 1-2 heures ☐ 3-4 heures ☐ 5-6 heures ☐ Plus de 6 heures

SECTION E : HABITUDES DE SOMMEIL

23. En moyenne, combien d'heures dormez-vous par nuit durant la semaine? ☐ Moins de 6 heures ☐ 6-7 heures ☐ 7-8 heures ☐ 8-9 heures ☐ Plus de 9 heures

24. Comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil? ☐ Très mauvaise ☐ Mauvaise ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Très bonne

SECTION F : ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

25. Qui prépare généralement les repas dans votre foyer? ☐ Moi-même ☐ Mère/tutrice ☐ Père/tuteur ☐ Frère(s)/sœur(s) ☐ Grands-parents ☐ Autre (précisez) : _____

26. Comment décririez-vous les habitudes alimentaires de votre famille? ☐ Très saines ☐ Plutôt saines ☐ Moyennes ☐ Plutôt malsaines ☐ Très malsaines

27. Y a-t-il des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs) qui sont en surpoids ou obèses? ☐ Non ☐ Oui, un membre ☐ Oui, plusieurs membres ☐ Je ne sais pas

28. Votre famille pratique-t-elle des activités physiques ensemble? ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

29. Vos amis pratiquent-ils régulièrement des activités physiques? ☐ Aucun ☐ Quelques-uns ☐ La moitié ☐ La plupart ☐ Tous

SECTION G : ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE ET PUBLIC

30. À quelle distance de votre domicile se trouve le supermarché ou l'épicerie la plus proche? ☐ Moins de 500 mètres ☐ Entre 500 mètres et 1 kilomètre ☐ Entre 1 et 2 kilomètres ☐ Plus de 2 kilomètres ☐ Je ne sais pas

31. À quelle distance de votre domicile se trouve le restaurant-minute (fast-food) le plus proche? ☐ Moins de 500 mètres ☐ Entre 500 mètres et 1 kilomètre ☐ Entre 1 et 2 kilomètres ☐ Plus de 2 kilomètres ☐ Je ne sais pas

32. À quelle distance de votre domicile se trouve le parc ou l'espace vert le plus proche? ☐ Moins de 500 mètres ☐ Entre 500 mètres et 1 kilomètre ☐ Entre 1 et 2 kilomètres ☐ Plus de 2 kilomètres ☐ Je ne sais pas

33. À quelle distance de votre domicile se trouve l'installation sportive ou récréative la plus proche (centre sportif, piscine, terrain de jeu, etc.)? ☐ Moins de 500 mètres ☐ Entre 500 mètres et 1 kilomètre ☐ Entre 1 et 2 kilomètres ☐ Plus de 2 kilomètres ☐ Je ne sais pas

34. Comment évalueriez-vous la sécurité de votre quartier pour les activités physiques extérieures? ☐ Très dangereuse ☐ Plutôt dangereuse ☐ Moyenne ☐ Plutôt sécuritaire ☐ Très sécuritaire

35. Avez-vous des commentaires supplémentaires à partager concernant votre alimentation, votre activité physique ou votre poids? _____

_____.

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Annexe 2 : Consentement pour l'étude.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DE PARTICIPATION À PROJET DE RECHERCHE ÉTUDIANT DE 2^E CYCLE

Je, soussigné, _____, consens par la présente à participer au projet de recherche suivant les conditions décrites ci-dessous :

Titre du projet : Profil épidémiologique du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et jeunes adultes à Moncton.

Responsables :

Vanessa IRAKOZE

Auditrice en Santé Publique Internationale

Université Senghor

1, Place Ahmed Orabi, Al Mancheya

BP 415, 21111 Alexandrie-Egypte

Tél : + 20 348 43 504

Whatsapp : +257 79491499

Courriel : vanessa.irakoze@umoncton.ca

Etienne Dako, PhD,

Professeur Titulaire, Directeur du projet

Tél. : (506) 858-4080; Téléc.: (506) 858-4283

Courriel : etienne.dako@umoncton.ca

Université de Moncton

Léon SAVADOGO,

Directeur Département Santé

Université Senghor

1, Place Ahmed Orabi, Al Manheya

BP 415, 21111 Alexandrie-Egypte

Tél : + 20 348 43 504

Mob : +20 106 31 58 432

WhatsApp : +226 70 42 87 46

Courriel : directeur-sante@usenghor.org

Objectif du projet

L'objectif général de cette étude est d'analyser le profil épidémiologique du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et les jeunes adultes de la ville de Moncton dans le but d'identifier les facteurs d'exposition et les facteurs de risque associés au surpoids et à l'obésité permettant de proposer des stratégies d'interventions ciblées et adaptées au contexte local pour prévenir et prendre en charge l'obésité, et ainsi réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et jeunes adultes de la ville de Moncton.

Nature de ma participation :

Ma participation au présent projet consiste à répondre à un questionnaire portant sur :

- 1) mes données socio-démographiques (âge, sexe, origine, niveau d'éducation des parents, structure familiale, revenu familial, statut migratoire)
- 2) mes données anthropométriques (poids, taille)
- 3) mes comportements liés à la santé (habitudes alimentaires, activité physique, sédentarité, horaires de sommeil)
- 4) mon environnement
- 5) les facteurs influençant mes choix alimentaires et la pratique de l'exercice physique
- 6) ma perception liée à mon poids, mon estime et mon image corporelle.

Cette enquête consistera à répondre à une série de questions pendant une durée de 20 à 30 minutes. Les participantes et les participants complèteront en ligne ou sur un papier avec un crayon, les entretiens semi-dirigés se feront en groupes de cinq participantes et participants chacun et seront enregistrés à l'aide d'un dispositif d'enregistrement audio numérique.

Avantages personnels pouvant découler de ma participation :

Si je consens à participer au présent projet, je contribuerai à approfondir la compréhension des facteurs d'exposition et des facteurs de risque liés au surpoids et à l'obésité chez les adolescents et les jeunes adultes de la ville de Moncton. Cela permettra de proposer des interventions ciblées et adaptées au contexte local visant à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez cette tranche d'âge.

Risque ou Inconvénients personnels pouvant découler de ma participation :

L'inconvénient lié à ce projet de recherche est le temps nécessaire pour lire et répondre aux questions posées.

Risque : La participation à cette étude ne me fait courir sur le plan médical aucun risque que ce soit.

Type de soutien offert en cas de risques réels ou potentiels inhérents au projet :

Ce projet de recherche ne présente aucun risque pour la santé des participantes et des participants.

Rémunération ou compensation offerte :

Ce projet n'ayant pas de financement ou de bourse, aucune rémunération n'a été prévue pour les participantes et les participants.

Respect de la confidentialité des informations recueillies :

Il est entendu que les observations et informations recueillies, dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus, demeureront strictement confidentielles. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos renseignements, nous vous attribuerons un code d'identification unique reliant votre nom à votre dossier de recherche et seuls la chercheuse

et le directeur de projet auront accès à la liste correspondante. Les dossiers seront conservés dans un classeur sous clé au bureau du Directeur de thèse Etienne Dako (Université de Moncton) et l'information recueillie numériquement sera stockée sur des ordinateurs protégés avec un mot de passe pour une durée de 7 ans.

Cas de divulgation obligatoire :

Il est important que vous sachiez que dans le cadre de divulgation obligatoire, certaines informations que vous pourriez révéler à l'équipe de recherche ne resteront pas confidentielles même si vous avez rempli le formulaire de consentement éclairé. Si une divulgation d'information devenait nécessaire, vous seriez contacté à l'aide de vos coordonnées au préalable, sauf si la loi l'interdit. Les raisons de cette divulgation seront expliquées de manière claire, ainsi que la nature des informations qui pourraient être partagées.

Coordonnés :

Mention qu'une participante ou un participant ayant des préoccupations de nature éthique concernant ce projet ou souhaitant formuler une plainte peut contacter la Faculté des études supérieures et de la recherche, Université de Moncton, pavillon Léopold-Taillon, Moncton, E1A 3E9 ; téléphone : (506) 858-4000, poste 4310 ; courrier électronique : fesr@umoncton.ca.

Ce projet se déroulera sur une période d'un mois. Dans le cadre du programme de 2^e cycle de Master en développement au département santé, spécialité santé publique internationale de l'Université Senghor en partenariat avec l'Université de Moncton.

Déclaration de la personne participante :

J'ai compris les informations relatives à ce projet de recherche, je comprends que je peux poser des questions dans l'avenir et que je peux en tout temps mettre fin à ma participation sans avoir à me justifier de quelque manière que ce soit. Par la présente, je consens librement à participer à ce projet de recherche selon les conditions qui viennent d'être spécifiées ci-dessus.

La participation ou non à cette recherche n'aura en aucun effet sur les résultats scolaires ou académiques des participantes et des participants.

Le temps de passation de la présente recherche est évalué sur une période de deux semaines. Les données ne seront utilisées que dans le cadre de recherche du programme de master de deuxième cycle, exclusivement pour la réalisation du mémoire. Aucune autre utilisation ultérieure n'est envisagée.

Signature de la personne consentante

Date

Nom de la personne consentante (en lettres moulées)

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement :

Je certifie avoir expliqué à la personne participante les termes du présent formulaire, les objectifs et les implications du projet de recherche, avoir répondu clairement à ses questions et lui avoir indiqué qu'elle ou il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation au projet de recherche décrit sans avoir à se justifier de quelque manière que ce soit et sans préjudice

Signature de la personne responsable du projet Date

Annexe 3 : Certificat d'approbation du comité d'éthique

Certificat attestant l'approbation éthique du CER

 Résumer



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Le 25 juin 2025

Vanessa Irakoze
Organisme externe

Vanessa Irakoze,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CER) de l'Université de Moncton a rendu une décision favorable à votre demande d'approbation éthique. Le CER accorde à votre projet de recherche « *Profil épidémiologique du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et jeunes adultes de la ville de Moncton.* » (dossier **2425-105**) une approbation éthique d'une durée d'un (1) an, valide **du 25 juin 2025 au 24 juin 2026**.

Évaluation continue de l'éthique

La validité d'une approbation éthique d'un projet de recherche est d'une (1) année. Après quoi le projet ne saurait être poursuivi sans l'approbation d'une [demande de renouvellement](#) par le CER.

Il est important d'obtenir une autorisation au préalable du CER avant de mettre en œuvre [toute modification d'un projet de recherche](#) ayant déjà reçu une approbation éthique.

Dans le cadre d'une surveillance éthique continue par le CER, un [rapport final](#) au terme du projet devra être acheminé par courriel à l'adresse cer@umoncton.ca.

Vous souhaitant le meilleur succès possible dans la conduite de vos recherches, nous vous adressons nos salutations cordiales.

Charles Gaucher, Ph. D.
Président