

Chapitre 2

Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans

Claudette Lavallée
Simona Stan

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Introduction

Ce chapitre a pour but de présenter les données de base qui faciliteront la lecture des chapitres suivants. Il décrit la population des jeunes québécois de 6 à 16 ans visée par le volet nutritionnel de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Y seront documentés les caractéristiques sociodémographiques et culturelles des jeunes, la composition et les caractéristiques socioéconomiques du milieu familial, le recours aux services de garde pour les plus jeunes, le milieu scolaire et le cheminement des jeunes à l'école. Seront ensuite abordés certaines habitudes de vie souvent associées à l'alimentation ainsi que quelques indicateurs de l'état de santé des jeunes de cet âge. Malgré leurs limites, ces éléments contextuels devraient permettre une meilleure compréhension des résultats présentés dans les chapitres qui suivent.

2.1 Aspects méthodologiques

Toutes les variables utilisées dans ce chapitre ont été créées pour le volet sociosanitaire de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, à l'exception de la mesure du surpoids et de l'obésité. L'indicateur retenu a été choisi parce qu'il correspond à la nouvelle définition internationale de l'obésité infantile proposée par Cole et ses collaborateurs (2000). Les questions étaient posées aux jeunes, aux parents ainsi qu'aux directeurs d'école. Des mesures anthropométriques ont également été prises. L'origine et la construction des variables sont présentées dans la section *Aspects*

méthodologiques de chacun des chapitres du rapport général de l'enquête (Aubin et autres, 2002) ainsi que dans le volume 2 du *Cahier technique et méthodologique* (Cardin, Traoré et Audet, 2003).

Règle générale, le taux de non-réponse partielle aux différentes questions est inférieur à 5 % et représente peu de risques de biais. Dans le cas contraire, le pourcentage de non-réponse à la question ou à l'indice est discuté dans la section appropriée.

2.2 Description sociodémographique des enfants et des adolescents

2.2.1 Caractéristiques démographiques et socioculturelles

La plupart des résultats présentés dans les chapitres qui suivent sont analysés selon le sexe et l'âge et se réfèrent aux nombres d'individus estimés dans la population visée, tels que présentés au tableau 2.1. On y observe que les jeunes se distribuent à peu près également selon le sexe, soit 49 % de filles contre 51 % de garçons et se répartissent aussi à peu près également (de 24 % à 26 %) dans les quatre groupes d'âge étudiés.

L'appartenance ethnique et culturelle est un déterminant de la santé qui joue un rôle direct sur la consommation et les comportements alimentaires (Kennedy, 1998). Elle est liée aux valeurs éducatives et à l'environnement social et véhicule des éléments génétiques dont il faut tenir compte dans toute étude se rapportant à la nutrition.

Tableau 2.1
Enfants et adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	%	Pe' 000
Sexe		
Garçons	50,9	490,5
Filles	49,1	473,7
Âge		
6-8 ans	25,3	282,1
9-11 ans	24,0	255,6
12-14 ans	26,0	258,3
15-16 ans	24,7	168,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Comme l'indique le tableau 2.2, la plupart des jeunes de 6 à 16 ans sont nés au Canada (96 %). À la maison, la langue la plus souvent utilisée pour environ 85 % d'entre eux est le français, alors que près de 7 % s'expriment en anglais, 2 % utilisent ces deux langues et 6 % une autre langue que le français ou l'anglais. Lorsqu'ils sont avec leurs

meilleurs amis, les jeunes parlent plus souvent le français (86 %). La deuxième langue la plus utilisée est l'anglais (10 %) alors qu'une minorité d'entre eux (4 %) s'expriment dans une autre langue avec leurs amis. Selon les données de l'enquête, aucune variation selon l'âge ou le sexe n'est observée pour ces variables.

L'appartenance ethnoculturelle de la famille où vit habituellement l'enfant ou l'adolescent permet de compléter le portrait de leurs caractéristiques ethniques. Elle est mesurée à partir de la langue parlée à la maison, du lieu de naissance des jeunes et de chacun des parents biologiques, ainsi que de l'identité ethnique déclarée par le parent répondant. Environ 88 % des garçons comme des filles vivent dans une famille pouvant être identifiée au groupe majoritaire de descendance française, britannique ou autochtone, 7 %, dont les parents ont déclaré une ethnie autre que canadienne, à un groupe minoritaire, et 5 % des jeunes ont des origines mixtes.

Tableau 2.2
Caractéristiques ethniques et culturelles et appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle des enfants et des adolescents selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Lieu de naissance					
Canada	96,7	94,8	95,6	94,7	95,5
Extérieur du Canada	3,3 **	5,3 *	4,4 **	5,3 *	4,5
Langue parlée le plus souvent à la maison					
Français	82,2	83,9	86,3	89,0	85,2
Anglais	7,2 *	7,4 *	6,9 *	4,9 **	6,6
Français/anglais	2,1 **	1,8 **	1,6 **	2,0 **	1,9
Autres	8,5 *	7,0 *	5,2 *	4,1 **	6,3
Langue parlée le plus souvent avec les meilleurs amis					
Français	88,0	88,5	84,4	84,4	86,3
Anglais	9,1 *	8,8 *	10,8	9,8 *	9,6
Autres	2,9 **	2,7 **	4,8 *	5,8 *	4,1
Appartenance ethnoculturelle de la famille					
Groupe majoritaire	88,6	86,8	87,4	88,3	87,8
Groupe mixte	3,9 **	4,0 **	7,7 *	5,4 **	5,2
Groupe minoritaire	7,5 *	9,2 *	4,9 **	6,3 *	7,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.2.2 Emploi rémunéré des adolescents

Le fait d'occuper un emploi rémunéré est également en mesure d'influencer la qualité de l'alimentation. En effet, étant donné le peu de temps dont disposent les adolescents qui travaillent pour la préparation des repas ainsi que leur pouvoir d'achat plus élevé, ils auraient plus souvent recours à des aliments de restauration rapide que les autres (French et Robert, 1998).

L'enquête estime que 26 % des adolescents de 12 à 14 ans et 29 % des 15 et 16 ans (tableau 2.3) occupent un emploi rémunéré. Aucune différence n'est observée selon l'âge ou le sexe. Parmi ceux qui travaillent, près de 30 % des 12-14 ans et seulement 12 % des 15-16 ans déclarent travailler moins de quatre heures par semaine alors que près du quart des plus jeunes et 39 % des plus vieux travaillent onze heures et plus. Ces derniers et particulièrement les garçons semblent travailler plus d'heures que les plus jeunes mais les faibles effectifs ne permettent pas de noter de différence significative.

2.3 Milieu familial et modes de garde

Pendant l'enfance et l'adolescence, la famille est l'élément clé permettant l'apprentissage et le développement de préférences ou de comportements alimentaires. En effet, les habitudes alimentaires des familles reflètent très souvent leurs valeurs culturelles et sont transmises à l'enfant à travers une cuisine traditionnelle familiale. L'influence parentale et la structure familiale peuvent donc s'avérer déterminantes pour les choix alimentaires des jeunes (Kennedy, 1998). Par ailleurs, les services de garde viennent compléter l'éducation nutritionnelle acquise dans le cadre familial (Pérez-Rodrigo, 2001).

En outre, il est maintenant bien connu que les enfants vivant dans un environnement de pauvreté ont un accès limité à une alimentation de qualité, ce qui affecte leur croissance et leur développement. De plus, les facteurs socioéconomiques reliés à la pauvreté, tels qu'un faible revenu, un taux d'inoccupation élevé, et un faible niveau de scolarité des parents peuvent imposer des contraintes pouvant augmenter le risque nutritionnel chez les enfants (Crooks, 1999).

Tableau 2.3

Travail rémunéré des adolescents et nombre d'heures travaillées par semaine selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Occuper un emploi rémunéré						
Oui	24,4	27,4	25,9	30,1	28,0	29,1
Non	75,6	72,7	74,1	69,9	72,0	70,9
Nombre d'heures travaillées par semaine parmi ceux qui travaillent						
Moins de 4 heures	31,9*	25,3*	28,5*	9,4**	15,7**	12,4**
4 à 5 heures	23,1**	19,1**	21,0*	15,2**	13,4**	14,3*
6 à 10 heures	22,6**	30,0*	26,5*	29,6*	40,1*	34,7
11 heures et plus	22,4**	25,6*	24,1*	45,8*	30,8*	38,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Une situation socioéconomique défavorable peut constituer un facteur de risque d'insécurité alimentaire (Rose, 1999; Hamelin, Beaudry et Habicht, 1998). Ce dernier concept peut être défini comme une disponibilité incertaine ou limitée d'une nourriture saine et adéquate du point de vue nutritionnel ainsi qu'une capacité limitée ou incertaine d'acquérir une nourriture acceptable, d'une manière socialement convenable (Anderson, 1990). Les conséquences potentielles de cette insécurité peuvent se traduire par la faim, la malnutrition ou divers effets négatifs sur la santé et la qualité de vie (Campbell, 1991; Hamelin, Habicht et Beaudry, 1999), et ce, à des degrés variables de sévérité (Lewitt et Kerrebrock, 1997). En outre, elle est particulièrement dommageable à certaines étapes de la vie, comme l'enfance et l'adolescence (Cook, 2002).

Afin d'examiner l'importance de ces facteurs au sein de la population des jeunes québécois, nous présentons ici la composition du milieu familial, certaines de ses caractéristiques socioéconomiques ainsi que la présence d'insécurité alimentaire.

L'information provient du questionnaire adressé au parent.

2.3.1 Composition du milieu familial

Le tableau 2.4 montre que la majorité des enfants et des adolescents des différents groupes d'âge visés par le volet nutrition de la présente enquête habitent avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs (70 %); environ 18 % des jeunes habitent avec un parent seul et 11 % avec un parent et son conjoint. Enfin, moins de 1 % des jeunes de 6 à 16 ans vivent dans un milieu n'offrant aucune présence parentale. En ce qui a trait au nombre d'enfants dans la famille, la situation la plus fréquente est celle où l'enfant habite avec un seul autre enfant. En effet, la moitié des jeunes visés par ce volet de l'enquête font partie d'un milieu familial comptant deux enfants. Près du quart (24 %) habitent dans une famille de trois enfants et environ 17 % sont enfant unique. Un peu moins de 10 % font partie d'une famille de quatre enfants et plus.

Tableau 2.4
Type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents et nombre d'enfants selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Milieu avec parents biologiques ou adoptifs					
Avec mère et père	73,0	66,5	72,5	68,7	70,3
Avec parent et beau-parent	9,0 *	14,0	9,0 *	13,2	11,2
Avec parent seul	17,6	18,5	18,3	16,8	17,8
Milieu sans parent biologique ou adoptif	0,5 **	0,9 **	0,2 **	1,3 **	0,7 **
Nombre d'enfants dans le milieu familial habituel					
Un	18,8	16,8	14,3	18,7	17,1
Deux	50,7	47,8	52,7	48,5	50,0
Trois	21,3	27,1	23,5	25,2	24,2
Quatre et plus	9,2 *	8,4 *	9,5 *	7,7 *	8,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.3.2 Caractéristiques socioéconomiques et insécurité alimentaire

L'occupation principale correspond à la situation d'emploi du parent répondant et de son conjoint au moment de l'enquête. Le terme « occupation principale » a été retenu afin de mettre l'accent sur ce que les gens font de plus important parmi plusieurs occupations. Comme le montre le tableau 2.5, 51 % des jeunes de 6 à 16 ans vivent dans un milieu familial où les deux parents occupent un emploi. À l'opposé, un jeune sur 10 demeure dans un ménage où aucun des parents n'était en emploi au moment de l'enquête.

Les résultats indiquent le plus haut niveau de scolarité atteint par l'un ou l'autre des parents avec lesquels vit l'enfant. Un peu plus de 50 % des enfants et adolescents vivent dans un milieu familial où au moins un des parents a complété une scolarité de niveau collégial (cégep) ou universitaire. Un peu plus du tiers (37 %) ont au moins un parent ayant complété un niveau secondaire ou ayant fréquenté une école de métiers ou commerciale et dans 11 % des cas, aucun des parents n'a terminé son secondaire.

Plus précisément, de nombreuses études ont montré que le niveau de scolarité de la mère est un des facteurs les plus étroitement associés à l'alimentation des jeunes (Roos et autres, 2001; North et autres, 2000; Armar-Klemesu et autres, 2000; Birch et Fischer, 1998; Mishra et Reyherford, 2000; Crooks, 1999; Serra-Majem et autres, 2002). Cependant, la relation entre ces deux variables est assez complexe et peu étudiée dans notre contexte social. Il est probable qu'un meilleur état nutritionnel des jeunes provient d'un revenu plus élevé relié à un plus haut degré d'éducation de la mère ou qu'il est relié à des connaissances plus vastes en matière de nutrition (Cochrane, Leslie et O'Hara, 1982; Caldwell et McDonald, 1982)

L'examen du tableau 2.5 montre qu'environ 41 % des mères des jeunes visés par l'enquête ont terminé leur cégep ou fait des études universitaires; cette proportion est moins élevée parmi les mères des adolescents de 15 et 16 ans que parmi les mères des enfants de 9 à 11 ans. Une proportion semblable de mères ont terminé leur secondaire ou fait des études commerciales ou de métier et 18 % d'entre elles n'ont pas complété leur secondaire.

Tableau 2.5
Caractéristiques socioéconomiques du milieu familial habituel des enfants et des adolescents selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Occupation principale des parents					
Aucun parent en emploi	12,3	11,3*	8,1*	8,7*	10,2
Un parent en emploi	39,4	39,4	38,0	38,9	38,9
Deux parents en emploi	48,4	49,3	53,9	52,5	51,0
Plus haut niveau de scolarité des deux parents					
Secondaire incomplet ou moins	9,9*	12,3	10,9*	12,8*	11,4
Secondaire complété/Études dans une école de métiers, un collège commercial ou spécialisé	36,7	36,4	34,5	40,7	37,0
Cégep/Université	53,5	51,3	54,6	46,5	51,6
Plus haut niveau de scolarité de la mère					
Secondaire incomplet ou moins	14,6	16,9	19,2	22,8	18,2
Secondaire complété/Études dans une école de métiers, un collège commercial ou spécialisé	42,7	36,9	40,5	44,7	41,1
Cégep/Université	42,7	46,2 ^a	40,3	32,6 ^a	40,7

a Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Plusieurs indicateurs sont disponibles pour mesurer la situation financière du milieu familial dans lequel évoluent les enfants et adolescents de 6 à 16 ans. Le plus couramment utilisé, l'indice de revenu relatif, est basé sur le revenu déclaré et la taille du ménage (Pour la description des catégories, voir le tableau C.2.1 en annexe). À la lecture du tableau 2.6, on constate qu'un peu plus de la moitié (53 %) des familles jouissent d'un revenu relatif élevé ou très élevé et cette proportion atteint 59 % dans les familles des adolescents de 15 et 16 ans. Environ 30 % des familles ont un revenu moyen et pour 16 % des familles il est faible ou très faible. Le portrait diffère un peu si on considère plutôt la perception que le parent répondant a de sa situation financière. En effet, seulement 13 % environ d'entre eux se perçoivent plus à l'aise que les autres, plus des trois quarts se

considèrent semblables aux autres et 11 % moins à l'aise; aucune différence en fonction de l'âge de l'enfant ou de l'adolescent n'est observée.

L'étude de l'insécurité alimentaire est basée sur deux paramètres : la présence d'insécurité alimentaire au sein du ménage et son ampleur au cours d'une période de trente jours. La présence d'insécurité alimentaire est déterminée à l'aide des réponses à trois énoncés reflétant respectivement la diversité, la quantité et la qualité de l'alimentation en situation de précarité financière. On estime que l'insécurité alimentaire est présente dans un peu plus d'un ménage sur 10 (tableau 2.7). Par ailleurs, près de 2 % des enfants et adolescents vivent dans une famille ayant manqué de nourriture ou d'argent pour en acheter au cours d'une période de trente jours.

Tableau 2.6

Situation financière du milieu familial habituel des enfants et des adolescents selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Revenu relatif					
Très faible ou faible	18,8	19,5	14,4	11,0*	16,0
Moyen	31,1	32,5	29,3	29,7	30,6
Élevé ou très élevé	50,2	48,0 ^a	56,3	59,4 ^a	53,3
Perception du parent de sa situation financière					
Moins à l'aise	10,3*	11,9*	11,3*	9,8*	10,9
Semblable aux autres	78,3	75,4	75,1	77,2	76,5
Plus à l'aise	11,4*	12,6	13,6	13,0*	12,6

^a Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.7

Présence et ampleur de l'insécurité alimentaire dans le milieu familial habituel des enfants et des adolescents selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Insécurité alimentaire					
Absence	87,7	89,4	89,1	90,5	89,1
Présence	12,3	10,6*	10,9*	9,6*	10,9
Ampleur sur 30 jours					
Aucun jour	97,1	98,9	98,1	99,9	98,4
Au moins un jour	2,9**	1,1**	1,9**	0,2**	1,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.3.3 Recours aux services de garde

Cette section vise à donner un aperçu de l'importance et des modalités du recours à la garde pour les enfants de 6 à 11 ans. L'enquête permet d'estimer que les enfants de cet âge se font garder dans une proportion de 43 % (donnée non présentée). Parmi eux, comme l'indique le tableau 2.8, les services de garde à l'école sont le mode de garde principal auquel ont recours un peu plus de 50 % des parents des enfants de 6 à 8 ans et de 9 à 11 ans. Le second mode de garde le plus utilisé est la garde chez quelqu'un d'autre

par une personne non apparentée qui s'applique à environ 17 % des enfants. Les autres modes de garde sont utilisés par moins de 10 % des familles ayant recours à la garde.

Par ailleurs, l'enquête estime à 17 % la proportion des enfants de 6 à 11 ans laissés parfois sous leur propre garde (tableau 2.9). Cette proportion est plus élevée parmi les enfants de 9 à 11 ans, atteignant environ 30 %. Près d'un enfant sur quatre est laissé seul à la maison six heures par semaine ou plus.

Tableau 2.8

Principal mode de garde utilisé, enfants de 6 à 11 ans qui se font garder selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	Total
	%		
Service de garde à l'école	52,4	54,1	53,1
Garde chez quelqu'un d'autre			
Par une personne non apparentée	19,6 *	13,7 *	17,1
Par une personne apparentée	6,8 **	10,5 **	8,3 *
Garde à la maison			
Par une personne non apparentée	8,6 **	7,8 **	8,2 *
Par une personne apparentée, autre que frère ou sœur	5,2 **	5,4 **	5,3 **
Par un frère ou une sœur de l'enfant	0,7 **	3,5 **	1,9 **
Garderie (y compris une garderie située en milieu de travail)	6,8 **	5,0 **	6,1 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.9

Enfants de 6 à 11 ans laissés parfois sous leur propre garde et durée de l'autogarde selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	Total
	%		
Enfant laissé sous sa propre garde			
Oui	3,8 **	30,3	16,7
Non	96,2 ^a	69,7 ^a	83,3
Durée de l'autogarde			
5 heures ou moins	58,2 *	78,4	76,1
6 heures et plus	41,8 **	21,6 *	23,9 *

^a Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.4 Milieu scolaire et portrait des jeunes à l'école

Le milieu scolaire constitue un milieu de vie privilégié pour les enfants et les adolescents. À la suite des transformations sociales survenues durant les dernières décennies, de nombreux enfants mangent maintenant à l'école. Les services alimentaires en milieu scolaire prennent donc une grande importance. Cette section décrira le milieu scolaire sur le plan des politiques et des services offerts, elle fera aussi état du cheminement des jeunes dans ce milieu.

2.4.1 Description du milieu scolaire

Parallèlement au rôle du milieu familial, la contribution des enseignants, des pairs, des services alimentaires offerts à l'école et des programmes éducatifs scolaires devient de plus en plus importante en ce qui concerne la nutrition des jeunes (Perez-Rodrigo et Aranceta, 2001; American Dietetic Association, 2000; Santé Canada, 1997; Kennedy, 1998; Hyndman, 2000). Il s'agit également d'une période au cours de laquelle les habitudes alimentaires se forgent et les modèles de santé s'établissent (Coutts, 2001).

La description qui suit est basée sur des questions posées aux directeurs des écoles fréquentées par les enfants et adolescents visés par l'enquête. Selon ces directeurs, les deux tiers des enfants fréquentent des écoles dotées d'une politique alimentaire ou de règlements concernant les collations ou le repas du midi (données non présentées). La présence de cette politique est associée à l'âge des jeunes; 76 % et 80 % des enfants de 6 à 11 ans fréquentent une école ayant une telle politique, de même que 62 % des adolescents de 12 à 14 ans et 50 % de ceux de 15 et 16 ans.

Le tableau 2.10 révèle que les fours à micro-ondes représentent le service alimentaire le plus fréquemment offert aux enfants et adolescents (77 %), et ce, à tous les groupes d'âge, la fréquence allant de 70 % à 86 %. La cafétéria où l'on prépare des repas est disponible pour plus de la moitié des jeunes (57 %). Les enfants de 6 à 11 ans bénéficient beaucoup plus rarement de ce

service à l'école (28 % et 25 %) que les adolescents (74 % et 98 % respectivement). Les services d'un traiteur sont disponibles pour plus du tiers des jeunes peu importe leur âge. Par ailleurs, des distributrices automatiques sont disponibles à 27 % des jeunes de 12 à 14 ans et à 47 % de ceux de 15 et 16 ans alors qu'environ 2 % des plus jeunes profitent d'un tel service.

Le même tableau montre le nombre de services alimentaires disponibles pour chacun des groupes d'âge. Les enfants de 6 à 11 ans fréquentent en majorité des écoles où un seul service ou aucun n'est offert (66 % et 64 %). Quant aux adolescents, la majorité bénéficie de plusieurs de ces services. La disponibilité de trois de ces services augmente avec l'âge, passant d'environ 2 % respectivement pour les plus jeunes à 22 % parmi les 12 à 14 ans et à 45 % chez les 15 et 16 ans.

Dans les écoles disposant d'une cafétéria ou d'un service de traiteur, la personne responsable des menus est le plus souvent le concessionnaire (dans 42 % à 65 % des cas selon l'âge) ou une personne responsable des services alimentaires de la commission scolaire (6 % à 19 %) (données non présentées). De nombreuses autres personnes et de multiples organismes ont aussi été mentionnés.

Les résultats révèlent également qu'environ 7 jeunes sur 10, peu importe leur âge, fréquentent des écoles ne servant aucun repas ou collation gratuitement ou à prix modique (tableau 2.11).

Tableau 2.10

Type et nombre de services alimentaires dont dispose l'école selon l'âge des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Type de services					
Distributrice automatique	1,9 ^{**a,c}	2,1 ^{**b,d}	27,1 ^{*a,b}	46,6 ^{*c,d}	19,5
Four à micro-ondes	74,4	70,1	78,6	85,6	77,3
Cafétéria où l'on prépare des repas	27,5 ^{*e}	24,9 ^{**f}	74,1 ^{e,f}	97,7 ^{e,f}	56,6
Service d'un traiteur	34,9 [*]	40,3 [*]	43,5 [*]	32,1 [*]	37,8
Nombre de services					
Aucun ou un service	65,8 ^{g,i}	63,9 ^{h,i}	27,5 ^{*g,h}	13,4 ^{**i,j}	42,3
Deux services	32,3 [*]	34,0 [*]	50,1	41,3 [*]	39,6
Trois services	1,9 ^{**k,l}	2,1 ^{**m,n}	22,4 ^{**k,m}	45,4 ^{*l,n}	18,2

a-n Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.11

Type de repas offerts gratuitement ou à coût réduit aux enfants et adolescents à l'école selon l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans	Total
	%				
Aucun	69,9	71,3	74,9	64,7	70,4
Déjeuner seulement	5,3 ^{**}	4,8 ^{**}	1,4 ^{**}	4,6 ^{**}	4,0^{**}
Dîner seulement	5,3 ^{**}	4,9 ^{**}	6,7 ^{**}	10,3 ^{**}	6,8^{**}
Collation seulement	9,8 ^{**}	7,3 ^{**}	4,6 ^{**}	2,8 ^{**}	6,1^{**}
Deux types ou plus	9,7 ^{**}	11,7 ^{**}	12,4 ^{**}	17,5 ^{**}	12,8[*]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.4.2 Cheminement scolaire des enfants et des adolescents

Le cheminement scolaire des enfants et des adolescents est abordé sous l'angle de l'année d'études en cours au moment de l'enquête, des résultats des adolescents en français ou en anglais selon la langue d'enseignement, et de la confiance en soi à l'école.

Comme le montre le tableau 2.12, la majorité des enfants de 6 à 8 ans sont répartis également entre la 1^{re} (33 %) et la 2^e (32 %) année du primaire et les autres sont à la maternelle ou ont atteint la 3^e année. La majorité des 9 à 11 ans sont inscrits en 4^e ou 5^e année (36 % et 30 % respectivement)

alors qu'environ 18 % sont encore en 3^e année et 14 % sont en 6^e. Un peu plus d'un adolescent de 12 à 14 ans sur trois (35 %) fréquente la 1^{re} secondaire, 29 % la 2^e et 12 % la 3^e, alors qu'un adolescent de cet âge sur cinq fréquente encore l'école primaire. À 15 ou 16 ans, on retrouve deux jeunes sur cinq en 4^e secondaire, 26 % en 3^e et 20 % en 5^e. Mentionnons qu'environ 2,4 % des 12 à 14 ans et 4,8 % des 15 et 16 ans se disent en cheminement particulier de formation.

Tableau 2.12

Répartition des enfants et des adolescents selon l'âge et l'année d'étude au moment de l'enquête, Québec, 1999

	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-16 ans
	%			
Maternelle	17,1	-	-	-
Primaire				
1 ^{re} année	32,9	-	-	-
2 ^e année	31,9	2,4 **	-	0,4 **
3 ^e année	18,1	18,2	0,2 **	-
4 ^e année	-	35,6	0,2 **	-
5 ^e année	-	30,3	2,2 **	-
6 ^e année	-	13,5	18,9	-
7 ^e année	-	-	0,7 **	-
Secondaire				
1 ^{re} secondaire	-	-	35,0	0,9 **
2 ^e secondaire	-	-	28,9	6,7 *
3 ^e secondaire	-	-	11,7	26,3
4 ^e secondaire	-	-	-	40,9
5 ^e secondaire	-	-	-	19,7
6 ^e secondaire	-	-	-	0,2 **
Cheminement particulier de formation	-	-	2,4 **	4,8 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

La confiance en soi à l'école chez les enfants de 6 à 11 ans a été mesurée à l'aide de deux questions dont les réponses sont présentées au tableau 2.13. Malgré le fait qu'environ 14 % des enfants de cet âge soient conscients qu'ils ne réussissent pas très bien à l'école, l'enquête estime que 98 % d'entre eux considèrent qu'ils sont capables de réussir. La confiance en ses capacités scolaires est aussi forte chez les garçons que chez les filles à cet âge.

La confiance en soi à l'école a également été mesurée chez les adolescents à l'aide de cinq items ayant servi à la construction d'un indice. Le tableau 2.14 montre qu'environ 9 adolescents de 12 à 16 ans sur 10 ont obtenu un score élevé, et ce, tant chez les garçons que chez les filles.

La perception de leurs résultats scolaires dans la langue d'enseignement permet par ailleurs de mesurer la perception qu'ont les adolescents de leur rendement scolaire. Environ 29 % des jeunes de 12 à 14 ans et 23 % de ceux de 15 et 16 ans

perçoivent leurs résultats scolaires en français ou en anglais, langue d'enseignement, comme étant au-dessus de la moyenne (tableau 2.14). Par contre, 17 % des plus jeunes et 22 % des plus vieux perçoivent leurs résultats comme étant au-dessous de la moyenne et ces proportions sont nettement plus élevées chez les garçons (30 %) que chez les filles (14 %).

Tableau 2.13

Réponses aux énoncés de la confiance en soi à l'école chez les enfants selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans			9-11 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Je ne réussis pas très bien à l'école cette année						
Vrai	18,0*	8,2*	13,2	18,1*	10,6*	14,4
Faux	82,0	91,8	86,8	81,9	89,4	85,6
Je sais que je suis capable de réussir à l'école						
Vrai	98,0	99,3	98,6	99,0	97,4	98,2
Faux	2,0**	0,7**	1,4**	1,0**	2,7**	1,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.14

Confiance en soi à l'école et résultats en français chez les adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Confiance en soi à l'école						
Faible	9,8*	8,1**	9,0*	10,7*	9,9*	10,3*
Bonne	90,2	91,2	91,1	89,3	90,1	89,7
Résultats en français par rapport au groupe						
Au-dessus de la moyenne	24,4	32,9	28,6	20,9	25,0	23,0
Dans la moyenne	51,7	56,3	54,0	49,6	60,9	55,2
Au-dessous de la moyenne	23,9 ^a	10,8 ^a	17,4	29,5 ^b	14,1 ^{*b}	21,8

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.5 Habitudes de vie

Certains comportements interagissent avec l'apport nutritionnel pour influencer l'état de santé des jeunes. Parmi ceux-ci, on peut citer l'activité physique, l'usage de la cigarette et la consommation d'alcool. L'activité physique constitue un élément clé dans le maintien de la balance énergétique et exerce de nombreux effets positifs sur la croissance et la maturation chez l'enfant (Kohl et Hobbs, 1998; Stear, 2003). Par ailleurs, la contribution des effets nocifs de la cigarette dans certaines pathologies pulmonaires

ou cardiovasculaires n'est plus à démontrer. Indépendamment de l'augmentation préoccupante du taux d'usage de la cigarette chez les adolescents, on constate que les fumeurs adoptent plus souvent des habitudes alimentaires inadéquates que les autres (Evers et autres, 2001; Samuelson et autres, 1996; Yorulmaz et autres, 2002). Dans le même ordre d'idées, la consommation d'alcool par les jeunes a affiché une croissance soutenue au cours de la dernière décennie, et ce, dans plusieurs pays développés. En outre, ce comportement survient de plus en plus précocement (Santé Canada, 1995; Ministère de

l'Éducation, 1994; Bauman et Phongsavan, 1999; Werner et Adger, 1995). Mise à part la contribution de l'alcool dans plusieurs types de cancer ou affections hépatiques, neurologiques, fœtales, cardiovasculaires et psychiatriques, celui-ci est également impliqué dans l'équilibre nutritionnel (Willett, 1999; Kesse et autres, 2001). À cet égard, une partie des effets dommageables de l'alcool provient du fait qu'un usage chronique altère le métabolisme énergétique, ainsi que de plusieurs vitamines et minéraux (Maillot, Farad et Lamisse, 2001; Bunout, 1999), en plus d'être associé à de piètres habitudes alimentaires (Kesse et autres, 2001).

2.5.1 Usage de la cigarette

La prévalence du tabagisme est mesurée chez les adolescents seulement. On peut observer au tableau 2.15 qu'environ 9 % des jeunes de 12 à 14 ans sont des fumeurs actuels, c'est-à-dire qu'ils déclarent avoir fumé au moins 100 cigarettes dans leur vie et avoir fumé au cours des 30 derniers jours; l'enquête ne révèle pas de différence entre garçons et filles parmi eux. On estime par ailleurs à 6 % la proportion de jeunes de cet âge classés comme fumeurs débutants puisqu'ils ont déclaré

avoir fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête mais n'ont pas fumé 100 cigarettes dans leur vie. Près de 86 % des filles et des garçons de cet âge n'ont jamais fumé. Les fumeurs de 12 à 14 ans ne sont pas de gros fumeurs. En effet, plus de la moitié d'entre eux fument deux cigarettes ou moins par jour.

La proportion de fumeurs actuels augmente significativement avec l'âge, atteignant 30 % parmi les 15 et 16 ans, et ce, tant chez les garçons que chez les filles. À cet âge, environ 7 % peuvent être considérés comme fumeurs débutants et 63 % comme des non-fumeurs. On estime que 40 % des adolescentes et adolescents de cet âge fument six cigarettes et plus par jour alors qu'environ le tiers fument deux cigarettes ou moins.

Bernier et Brochu (2002) ont montré que le comportement des jeunes à l'égard de la cigarette a un lien avec celui des parents. Ce lien se vérifie parmi les adolescents de 12 à 14 ans, qui sont fumeurs actuels dans une proportion de 13 % quand au moins un des parents est fumeur et d'environ 4,4 % si aucun des parents ne fume (données non présentées). Cette association n'est plus perceptible parmi les 15 et 16 ans.

Tableau 2.15

Catégorie de fumeurs et nombre de cigarettes fumées habituellement chez les adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Catégorie de fumeurs						
Fumeurs actuels	6,1**	11,1*	8,6 ^{*a}	29,5	30,9	30,2 ^a
Fumeurs débutants	4,8**	7,0**	5,9 *	5,5**	7,9**	6,7 *
Non-fumeurs	89,1	81,9	85,5 ^b	65,0	61,3	63,1 ^b
Nombre de cigarettes par jour						
Moins qu'une	29,4**	27,6**	28,3 *	18,3*	26,5*	22,6
Une à deux	26,3**	23,7**	24,8 *	7,8**	13,5**	10,8 *
Trois à cinq	18,3**	21,8**	20,4 *	36,8*	16,8*	26,4
Six et plus	25,9**	26,9**	26,5 *	37,1*	43,2	40,3

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.5.2 Consommation d'alcool chez les adolescents

L'enquête estime que, sur une période de douze mois, 4 % des adolescents de 12 à 14 ans et 12 % des 15 et 16 ans consomment de l'alcool à peu près chaque semaine, plus du quart des plus jeunes et 63 % des plus vieux en consomment à chaque mois ou moins d'une fois par mois (tableau 2.16). L'observation du corollaire confirme cette différence selon l'âge alors qu'on remarque que près de 70 % des 12 à 14 ans contre 26 % des 15 et 16 ans ne consomment jamais ou le font juste pour goûter.

Le même tableau présente aussi les modalités de consommation parmi ceux qui ont consommé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Aucune différence selon l'âge n'y est observée quant au nombre habituel de consommations prises à chaque occasion; environ 87 % des 12 à 14 ans et 78 % des 15 et 16 ans en prennent moins de cinq et ces proportions varient peu selon le sexe. Cependant, les garçons ont été plus nombreux que les filles en proportion à négliger de répondre à cette question, ce qui a pu entraîner une sous-estimation de la proportion de ceux qui prennent habituellement cinq consommations et plus par occasion. Par ailleurs, lorsque la fréquence de consommation est mesurée sur une période de quatre semaines, une proportion infime des buveurs de 12 à 14 ans et environ 8 % des plus vieux disent consommer chaque semaine mais les données ne permettent pas de noter de variation selon l'âge ni selon le sexe.

Tableau 2.16

Consommation d'alcool sur 4 semaines, au cours d'une période de 12 mois et nombre habituel de consommations par occasion sur 12 mois selon le sexe et l'âge des adolescents, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Consommation au cours d'une période de 12 mois						
Aucune ou juste pour goûter	64,9	74,5	69,6 ^a	24,1	27,0	25,6 ^a
Moins d'une fois par mois ou à peu près chaque mois	30,7	21,8	26,3 ^b	59,7	66,0	62,8 ^b
À peu près chaque semaine	4,4 ^{**}	3,8 ^{**}	4,1 [*]	16,2 [*]	7,0 ^{**}	11,6
Nombre habituel de consommations par occasion, parmi les buveurs, sur 12 mois						
Moins de 5	83,9	90,8	86,8	74,5	81,7	78,2
5 et plus	16,1 ^{**}	9,2 ^{**}	13,2 [*]	25,5 [*]	18,3 [*]	21,8
Consommation sur 4 semaines parmi les buveurs						
Aucune	40,0	35,1 [*]	38,0	24,8	26,4	25,6
Occasions spéciales	27,6 [*]	22,2 ^{**}	25,4 [*]	31,7	35,9	33,8
De temps en temps	29,7 [*]	38,3 [*]	33,2	31,8	32,7	32,2
Chaque semaine	2,7 ^{**}	4,3 ^{**}	3,4 ^{**}	11,7 [*]	5,0 ^{**}	8,4 [*]

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.5.3 Perception du niveau d'activité physique

Le tableau 2.17a montre qu'environ un enfant de 6 à 11 ans sur trois considère qu'il fait plus de sport ou d'activités physiques que les autres jeunes de son âge alors qu'un peu plus de 10 % pensent en faire moins. Ces proportions ne varient ni selon l'âge ni selon le sexe.

Parmi les adolescents, significativement plus de garçons que de filles affirment faire beaucoup plus de sport ou d'activité physique que les autres jeunes de leur âge (tableau 2.17b). Cette variation se vérifie tant parmi ceux de 12 à 14 ans (33 % c. 20 %) que parmi ceux de 15 et 16 ans (28 % c. 12 %). Par ailleurs, plus de filles (26 %) que de garçons (13 %) de 12 à 14 ans et de 15 et 16 ans (28 % c. 15 %) déclarent en faire un peu moins.

Tableau 2.17a

Perception des enfants quant à leur niveau d'activité physique par comparaison avec leurs pairs selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans			9-11 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Plus	38,2	27,4	32,9	35,1	27,3	31,3
Autant	49,4	57,5	53,4	58,5	60,9	59,7
Moins	12,4 *	15,2 *	13,8	6,5 **	11,8 *	9,1 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition.*

Tableau 2.17b

Perception des adolescents quant à leur niveau d'activité physique par comparaison avec leurs pairs selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Beaucoup plus	32,8 ^a	19,7 ^a	26,4	28,0 ^c	12,3 ^{*c}	20,3
Un peu plus	21,4	16,0 *	18,8	25,3	18,6 *	22,0
Autant	28,5	33,9	31,1	28,2	32,7	30,4
Un peu moins	12,5 ^{*b}	26,2 ^b	19,2	14,8 ^{*d}	27,6 ^d	21,2
Beaucoup moins	4,8 **	4,2 **	4,5 *	3,6 **	8,8 *	6,2 *

a-d Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition.*

2.6 État de santé

La nutrition est un déterminant essentiel de la santé des jeunes. Favorisant un bon développement physique et psychocognitif, elle joue également un rôle dans la prévention des maladies chroniques. De plus, la qualité de la nutrition au cours de l'enfance peut avoir un impact important sur l'état de santé à l'âge adulte (Report of the North American Society, 2002; Kennedy, 1998).

Au cours des vingt dernières années, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents a considérablement augmenté, atteignant des proportions épidémiques et ce, à l'échelle mondiale (Koletzko et autres, 2002; Troiano et Flegan, 1998). En plus d'être associée à de nombreuses complications telles que le diabète, le cancer et plusieurs maladies cardiovasculaires, cette condition augmente le risque d'obésité à l'âge adulte (Dietz, 1998; Steinberger et Daniels, 2003; Akerblom et autres, 1999; Chen et autres, 1999). Au Canada, la prévalence de l'obésité parmi les jeunes a doublé entre 1981 et 1996 (Santé Canada, 2001; Tremblay et autres, 2002) tandis qu'au Québec, une comparaison effectuée par Ledoux, Mongeau et Rivard (2002) suggère une hausse de l'excès de poids et en particulier de l'obésité entre 1981 et 1999. Cette situation représente un véritable enjeu de santé publique (Nestlé et Jacobson, 2000).

Par ailleurs, la préoccupation des jeunes concernant leur image corporelle est de plus en plus apparente et se traduit par des comportements visant le contrôle du poids (Ledoux, Mongeau et Rivard, 2002). Assurément, leur perception les guidera également vers les choix alimentaires leur permettant d'atteindre leurs objectifs (O'Dea et Caputi, 2001).

L'état de santé des jeunes de 6 à 16 ans est appréhendé dans ce chapitre sous l'angle de la perception que les jeunes ont de leur santé, du nombre et de la nature des problèmes de santé chroniques qui les affectent, et de l'estime de soi qui représente le seul indicateur de santé mentale pour ce volet de l'enquête. La description de ces indicateurs et des résultats qui y sont associés sont précédés d'une présentation du poids corporel et des comportements de modification du poids.

2.6.1 Poids corporel

Pour le volet nutritionnel de la présente enquête, les enfants et les adolescents ont été mesurés par une nutritionniste. La taille du jeune était prise alors qu'il était adossé au mur, la tête dans la position de Franklin, les pieds joints à plat sur le sol et les jambes tendues. Le poids était mesuré à deux reprises à l'aide d'un pèse-personne Wonderscale remis à zéro pour chaque mesure et, dans 10 % des cas, les mesures étaient répétées par un autre intervieweur. Le tableau C.2.2 en annexe présente les valeurs moyennes du poids et de la taille des enfants et des adolescents selon le sexe et l'âge. L'indice de masse corporelle (IMC) était aussi calculé par le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille du jeune (en mètres).

La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a été estimée en comparant la valeur de l'IMC des jeunes québécois aux valeurs de référence internationales établies par Cole et ses collaborateurs (2000). Ces valeurs ont été déterminées en calculant des courbes de percentiles établies à partir des données de vastes échantillons représentatifs de six pays de continents différents. Les seuils d'embonpoint ont été définis par les centiles correspondant à un indice de masse corporelle de 25 kg/m² chez un adulte de 18 ans. Le seuil permettant de définir l'obésité correspond quant à lui à 30 kg/m². Ces valeurs de référence sont présentées pour chaque âge et sexe au tableau C.2.3 en annexe. Leur utilisation présente l'avantage de permettre des comparaisons internationales et, pour cette raison, ces valeurs sont de plus en plus utilisées (Bellizzi et Dietz, 1999; Rolland-Cachera, 2000; Chinn et Rona, 2001; Tremblay et autres, 2002). Elles reposent toutefois sur l'hypothèse que les risques que représente le surpoids pour la santé à l'âge adulte sont les mêmes chez les enfants et les adolescents.

Le tableau 2.18, pour sa part, décrit la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité tels que définis plus haut, selon le sexe et le groupe d'âge. On peut observer qu'environ un jeune québécois de 6 à 16 ans sur quatre présente un surplus de poids (embonpoint ou obésité).

Tableau 2.18

Embonpoint et obésité en fonction des critères internationaux¹, selon le sexe et l'âge des enfants et des adolescents, Québec, 1999

	6-8 ans		9-11 ans		12-14 ans		15-16 ans	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	%							
Embonpoint	9,5*	13,3*	21,9	17,8*	21,7	18,4*	18,6*	19,0*
Obésité	9,5*	5,2**	8,1**	8,8*	9,8*	6,8**	6,2**	4,1**

1. COLE T. J. et autres (2000).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Cette proportion est assez stable entre les garçons et les filles et cela d'un groupe d'âge à l'autre. Plus précisément, entre 10 % et 22 % des garçons et 13 % à 19 % des filles sont classés comme présentant de l'embonpoint tandis que 6 % à 10 % des garçons et 4 % à 9 % des filles auraient un problème d'obésité. Ces prévalences ne peuvent être comparées avec les résultats du volet sociosanitaire (Ledoux, Mongeau et Rivard, 2002) puisqu'elles ne portent pas sur les mêmes catégories d'âge et aucune mesure de plis cutanés n'est disponible. Par ailleurs, les résultats de cet autre volet ont montré que les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans présentant de l'embonpoint ou de l'obésité sont proportionnellement plus nombreux que ceux de poids normal à avoir des parents présentant un surpoids, et ce, tant chez les garçons que chez les filles.

▪ Comportements de modification du poids

Nombre de jeunes mènent des actions concrètes afin de modifier leur poids ou leur apparence. Les résultats de la présente enquête montrent que ces comportements apparaissent à un jeune âge. Même si environ 80 % des enfants de 6 à 8 ans ne font rien concernant leur poids (tableau 2.19a), une proportion non négligeable d'entre eux tentent d'en perdre ou d'en gagner (10 % et 11 % respectivement). Parmi les 9 à 11 ans, on observe déjà moins d'enfants en proportion qui ne font rien concernant leur poids (68 %) et près de 19 % tentent d'en perdre. La proportion de ceux qui tentent de gagner du poids demeure stable entre ces deux groupes d'âge et aucune variation selon le sexe n'est observée.

Chez les adolescents, les comportements de modification du poids ne varient pas selon l'âge. Comme le montre le tableau 2.19b, on estime que le tiers d'entre eux (35 % et 40 % respectivement) ne font rien concernant leur poids et, parmi les 15 et 16 ans, c'est proportionnellement le cas de plus de garçons (47 %) que de filles (33 %). Un peu plus de 20 % tentent de perdre du poids et ce comportement varie significativement selon le sexe parmi les 15 et 16 ans, où on observe qu'environ 11 % des garçons et 32 % des filles déclarent le faire. Par ailleurs, une proportion, variant entre 27 % et 38 %, d'entre eux agissent dans le but de contrôler leur poids alors qu'un jeune sur 10 tente de gagner du poids. Ce comportement se retrouve plus souvent chez les garçons (15 % et 16 %) que chez les filles (4 % et 3 %). Les adolescents de 12 à 16 ans présentant un excès de poids (embonpoint ou obésité) sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui ont un poids insuffisant ou un poids normal à rechercher une perte de poids, et ce, tant chez les garçons (35 % c. 4,4 %) que chez les filles (55 % c. 20 %) (données non présentées).

Tableau 2.19a

Actions concernant le poids chez les enfants selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans			9-11 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Perdre du poids	8,9*	10,6*	9,7 ^{*,a}	20,2	16,7*	18,5 ^a
Gagner du poids	14,4*	6,4**	10,5 *	15,0*	11,1*	13,1
Ne rien faire concernant son poids	76,7	83,0	79,8 ^b	64,8	72,1	68,4 ^b

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.19b

Actions concernant le poids chez les adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Perdre du poids	15,2*	25,7	20,3	10,8 ^{*,b}	31,9 ^b	21,2
Contrôler son poids	32,1	38,0	35,0	26,5	32,4	29,4
Gagner du poids	15,3 ^{*,a}	4,2 ^{**,a}	9,9 *	15,8 ^{*,c}	3,1 ^{**,c}	9,5 *
Ne rien faire concernant son poids	37,4	32,2	34,8	46,9 ^d	32,7 ^d	39,9

a-d Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.6.2 Perception de l'état de santé

La perception que les jeunes ont de leur santé est un indicateur global qu'ils associent au fonctionnement optimal de l'organisme, à un sentiment de bien-être et à de saines habitudes de vie (Jutras et Morin, 1997). Dans le cadre du volet sociosanitaire de l'enquête, Levasseur (2002) a montré que la perception de l'état de santé était associée au poids corporel du jeune et à son niveau d'activité physique, à la scolarité et au revenu des parents, au soutien parental, à différents indicateurs de santé mentale de l'enfant ou de l'adolescent et à l'estime de soi.

Les tableaux 2.20a et 2.20b montrent que près des trois quarts des enfants de 6 à 8 ans se perçoivent en excellente santé. Cette proportion diminue significativement avec l'âge passant de 75 % chez

les plus jeunes à 61 % parmi les 9 à 11 ans. Toute proportion gardée, un moins grand nombre encore d'adolescents se perçoivent en excellente santé avec 47 % chez les 12 à 14 ans et 38 % chez les 15 et 16 ans. Les garçons et les filles perçoivent leur santé de façon similaire jusqu'à 12 à 14 ans; à 15 et 16 ans, les garçons sont plus nombreux en proportion à se percevoir en excellente santé que les filles du même âge.

Tableau 2.20a

Perception de l'état de santé chez les enfants selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans			9-11 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Excellente	73,8	75,8	74,8^a	57,5	64,7	61,1^a
Plutôt bonne/ Pas très bonne	26,2	24,2	25,2^b	42,5	35,3	38,9^b

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.20b

Perception de l'état de santé chez les adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Excellente	51,6	41,9	46,8	45,4 ^a	31,0 ^a	38,2
Plutôt bonne/ Pas très bonne	48,4	58,1	53,2	54,6 ^b	69,0 ^b	61,7

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.6.3 Nombre et nature des problèmes de santé chroniques

La prévalence des problèmes de santé chroniques semble plus élevée à l'adolescence que parmi les enfants de 6 à 11 ans. Cette différence peut être due, en partie du moins, au fait que les premiers sont rapportés par les adolescents eux-mêmes alors que ceux des enfants sont rapportés par les parents. Environ les deux tiers (66 % et 61 %) des

enfants de 6 à 11 ans ne souffrent d'aucune affection chronique ou de longue durée, un sur quatre souffrirait d'un seul de ces problèmes et 9 % à 12 % en auraient plus d'un (tableau 2.21a). À l'adolescence, seulement 42 % et 46 % des jeunes ne rapportent aucun problème de longue durée; environ le tiers d'entre eux en rapportent un seul et 22 % des 12 à 14 ans et des 15 et 16 ans disent souffrir de plus d'un problème (tableau 2.21b).

Tableau 2.21a

Nombre de problèmes de santé chroniques ou de longue durée¹ chez les enfants selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans			9-11 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Aucun	63,8	69,0	66,4	62,6	60,0	61,3
Un problème	26,7	23,0	24,8	25,4	27,5	26,4
Plus d'un problème	9,5*	8,0**	8,8*	12,0*	12,5*	12,3*

1. La question a été répondue par le parent.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.21b

Nombre de problèmes de santé chroniques ou de longue durée¹ chez les adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Aucun	43,2	41,2	42,2	50,8	60,0	45,5
Un problème	35,7	36,4	36,0	31,4	27,5	32,5
Plus d'un problème	21,2	22,5	21,8	17,8*	12,5*	22,0

1. La question a été répondue par les adolescents.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Les tableaux 2.22a et 2.22b présentent les problèmes de santé chroniques mentionnés le plus souvent. Les allergies qui ne sont pas d'origine alimentaire sont rapportées par 15 % et 18 % des enfants de 6-11 ans et parmi les adolescents, la prévalence en est plus élevée chez les jeunes de 12-14 ans (32 %) que chez les plus vieux (25 %). Environ 8 % à 15 % des jeunes souffrent de problèmes respiratoires (incluant l'asthme) et les filles de 15 et 16 ans sont plus affectées (19 %) en proportion que les garçons du même âge (10 %). On estime à 7 % les enfants souffrant d'affections de la peau et cette proportion atteint 14 % chez les

adolescents de 12 à 14 ans et 18 % chez les 15-16 ans. Les allergies alimentaires sont mentionnées par 4 % ou moins des jeunes de 6 à 14 ans et parmi les 15 et 16 ans, plus de filles (9 %) que de garçons (3,6 %) en sont affectées. Ces estimations manquent toutefois de précision à cause des petits effectifs. À peu près les mêmes proportions d'enfants et d'adolescents sont touchés par des troubles émotifs ou psychologiques ou par des problèmes des os et des articulations, sans que les données puissent faire ressortir une différence significative d'un groupe d'âge et de sexe à l'autre.

Tableau 2.22a

Prévalence des problèmes de santé chroniques mentionnés le plus souvent par les parents à propos des enfants selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	6-8 ans			9-11 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Autres allergies	14,6*	15,3*	15,0	18,1*	18,0*	18,1
Problèmes respiratoires	9,0*	7,4**	8,2*	17,4*	11,1*	14,3
Affections de la peau	6,8**	7,1**	6,9*	5,4**	9,6*	7,5*
Allergies alimentaires	3,8**	2,6**	3,2**	5,5**	1,6**	3,6**
Troubles émotifs, psychologiques ou nerveux	5,0**	1,2**	3,2**	0,7**	5,6**	3,2**
Problèmes des os et des articulations	0,6**	0,4**	0,5**	0,5**	1,3**	0,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Tableau 2.22b

Prévalence des problèmes de santé chroniques mentionnés le plus souvent par les adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
	%					
Autres allergies	33,8	30,2	32,1 ^a	21,6	28,5	25,0 ^a
Problèmes respiratoires	13,8 *	15,8 *	14,8	10,2 ^{*b}	18,8 ^{*b}	14,3
Affections de la peau	10,5 *	17,3 *	13,8 ^c	15,0 *	21,7	18,3 ^c
Allergies alimentaires	2,5 **	6,0 **	4,2 **	3,6 ^{**d}	9,4 ^{*d}	6,5 *
Troubles émotifs, psychologiques ou nerveux	6,6 **	8,0 **	7,3 *	5,6 **	8,6 **	7,0 *
Problèmes des os et des articulations	5,1 **	5,7 **	5,4 *	5,9 **	8,0 **	6,9 *

a-d Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

2.6.4 Estime de soi

L'estime de soi des enfants de 9 à 11 ans est mesurée par une échelle de huit items provenant du Questionnaire d'autodescription de Marsh (1990). Les plus jeunes (6 à 8 ans) n'avaient pas à répondre à ces questions. Pour faire état des résultats, un indice présenté sous forme de moyenne a été construit. Plus la moyenne est élevée, plus la confiance en soi de l'enfant est élevée. La moyenne se situant à environ 29,0 pour les deux sexes, les garçons et les filles de cet âge ne présentent aucune différence sur cette échelle (tableau 2.23). Parmi les enfants de 9 ans visés par le volet sociosanitaire de la présente enquête, on a pu observer qu'une scolarité plus élevée chez les parents ainsi qu'un meilleur soutien affectif ou social entraînaient une augmentation à l'échelle d'estime de soi.

L'estime de soi des adolescents de 12 à 16 ans a été étudiée à l'aide de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Vallières et Vallerand, 1990). Ses 10 items permettent d'établir un score dont la répartition a été divisée en quintiles. Le quintile inférieur correspond à une faible estime de soi et environ un adolescent sur cinq s'y retrouve; les trois quintiles suivants correspondent à une estime de soi moyenne qui qualifie entre 61 % et 64 % des jeunes de 12 à 16 ans; et finalement, de 16 %

à 18 % des jeunes de cet âge disposent d'une estime de soi élevée selon cet indice. La deuxième partie du tableau 2.23 indique que les niveaux d'estime de soi varient de façon significative selon le sexe, tant chez les 12 à 14 ans que parmi les 15 et 16 ans. Cette différence est particulièrement marquée parmi les plus jeunes où on observe que 23 % des garçons affichent un niveau élevé d'estime de soi, contre seulement 10 % des filles.

Tableau 2.23

Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de 9 à 11 ans et niveau d'estime de soi des adolescents selon le sexe et l'âge, Québec, 1999

	9-11 ans			12-14 ans			15-16 ans		
	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis	Garçons	Filles	Sexes réunis
Moyenne	28,6	28,8	28,7	...	...	...	...	...	...
	%								
Faible	...	...	...	13,1 ^a	25,8 ^a	19,4	14,7*	25,9	20,3
Moyen	...	...	...	63,9	64,6	64,2	63,8	58,8	61,3
Élevé	...	...	...	23,1 ^b	9,6 ^{*b}	16,4	21,5	15,3*	18,4

a-b Les pourcentages dotés du même exposant sont significativement différents au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.

Conclusion

Ce chapitre a permis de décrire quelques caractéristiques individuelles de même que les milieux familial et scolaire des jeunes québécois de 6 à 16 ans fréquentant une école primaire ou secondaire. Ses résultats se rapprochent de ceux obtenus dans le cadre du volet sociosanitaire de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* qui décrit les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans (Aubin et autres, 2002).

À des fins d'analyse, les jeunes de 6 à 16 ans sont présentés en quatre groupes d'âge relativement égaux qui comportent autant de garçons que de filles. Environ 85 % de ces jeunes s'expriment surtout en français et un peu plus d'un adolescent sur quatre occupe un emploi rémunéré. Sur le plan familial, on estime à 70 % la proportion d'enfants et d'adolescents qui vivent avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs, à 18 % ceux vivant avec un seul parent et à 11 % avec un parent et son conjoint. Environ la moitié des jeunes font partie d'une famille de deux enfants et près d'un jeune sur cinq est enfant unique. La description de la situation socioéconomique montre qu'un peu plus d'une famille sur deux compte deux parents en emploi, au moins un parent ayant complété des études collégiales ou universitaires, et à peu près la même proportion des familles jouit d'un revenu élevé ou très élevé. En contrepartie, un jeune sur 10 vit dans un milieu familial où aucun des parents n'occupe un emploi ou n'a complété son secondaire alors qu'on estime à 16 % la proportion des familles ayant un faible ou très

faible revenu. En outre, un peu plus d'une famille sur 10 est touchée par l'insécurité alimentaire puisqu'elle manque d'argent pour assurer la quantité, la qualité ou la variété des aliments disponibles à la maison.

Un peu plus de 4 enfants de 6 à 11 ans sur 10 se font garder et dans plus de la moitié des cas, il s'agit de services de garde à l'école. On estime à 17 % les enfants de cet âge laissés sous leur propre garde.

Plus des trois quarts des écoles fréquentées par les enfants de 6 à 11 ans et un peu plus de la moitié de celles fréquentées par les adolescents seraient dotées d'une politique alimentaire. Sur le plan des installations pour manger, on y trouve par ordre d'importance des fours à micro-ondes, une cafétéria, les services d'un traiteur et des distributeurs automatiques. Il faut noter que près des deux tiers des enfants de 6 à 11 ans fréquentent une école où un seul de ces services est offert. Environ 7 jeunes sur 10, peu importe leur âge, fréquentent une école n'offrant aucun repas ou collation gratuitement ou à prix modique.

La description des habitudes de vie a fait ressortir des taux de tabagisme d'environ 9 % tant parmi les adolescentes que les adolescents de 12 à 14 ans. Cette proportion augmente significativement avec l'âge pour atteindre 30 % chez les 15 et 16 ans. Par ailleurs, un peu plus de 6 adolescents de 15 et 16 ans sur 10 n'ont jamais fumé tandis que la proportion observée chez les 12-14 ans est de 85 %.

Sur une période de douze mois, 3 adolescents de 12 à 14 ans sur 10 consomment de l'alcool et cette proportion augmente avec l'âge atteignant 75 % chez les 15 et 16 ans. Parmi ces buveurs, plus de 10 % des plus jeunes et environ 22 % des 15 et 16 ans consomment une grande quantité d'alcool par occasion (cinq verres ou plus).

La mesure de l'activité physique utilisée pour le volet nutritionnel de l'ESSEA est subjective. Environ le tiers des enfants considèrent qu'ils font plus de sport ou d'activités physiques que les autres jeunes de leur âge, et ce, tant chez les garçons que chez les filles. Parmi les adolescents, près d'un jeune sur quatre affirme en faire beaucoup plus que les autres et cette proportion est plus élevée chez les garçons que chez les filles.

L'enquête permet d'estimer que, selon des critères internationaux (Cole et autres, 2000), un enfant ou adolescent québécois de 6 à 16 ans sur quatre présente un surplus de poids. Selon l'âge, entre 10 % et 22 % des garçons et des filles présentent de l'embonpoint tandis que 4 % à 10 % seraient considérés comme obèses. Ces résultats semblent en deçà de ceux obtenus à partir d'une étude canadienne (Tremblay et autres, 2002) basée sur les données de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) et portant sur les jeunes de 7 à 13 ans. On peut observer par exemple que les prévalences de l'embonpoint atteignent 30 % et 27 % chez les garçons et filles canadiens de 9 à 11 ans alors qu'elles se situent à 22 % et 18 % chez les garçons et filles québécois. Cependant, il faut interpréter ces statistiques avec prudence car même si les seuils utilisés dans les deux études sont les mêmes, les mesures du poids et de la taille sont rapportées par les parents dans l'ELNEJ tandis que les jeunes québécois ont été mesurés par une nutritionniste. Par ailleurs, ce constat ne diminue en rien l'importance du problème de surpoids; ce dernier toucherait environ 25 % des jeunes québécois et son augmentation constitue un problème de santé publique. Certains jeunes n'y sont pas insensibles puisque entre 10 % (chez les 6 à 8 ans) et 21 % (parmi les 15 et 16 ans) des jeunes québécois tentent de perdre du poids.

Les indicateurs de l'état de santé montrent que la majorité des enfants se considèrent en excellente santé mais cette perception devient moins positive avec l'âge. De même, la présence de problèmes de santé chroniques touche environ un enfant de 6 à 11 ans sur trois et plus d'un adolescent sur deux. Les problèmes rencontrés le plus souvent sont les allergies, les problèmes respiratoires et les affections de la peau.

Le volet nutritionnel de l'enquête a aussi permis de constater que les garçons et les filles de 9 à 11 ans présentent une moyenne semblable à l'échelle d'estime de soi, tandis qu'à l'adolescence, les garçons de 12 à 14 ans sont plus nombreux que les filles en proportion à afficher une estime de soi élevée.

Ces renseignements apportent des précisions qui devraient guider l'analyse des problématiques liées à l'alimentation de cette population tant dans les chapitres qui suivent que dans les travaux futurs des chercheurs et intervenants qui souhaiteraient approfondir les connaissances dont nous disposons dans ce domaine.

Bibliographie

- AKERBLOM, H. K., J. VIKARI, O. T. RAITAKARI et M. UHARI (1999). « Cardiovascular Risk in Young Finns Study: general outline and recent developments », *Annals of Medicine*, vol. 31, suppl. 1, p. 45-54.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (2000). « Position of the American Dietetic Association: local support for nutrition integrity in schools », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 100, n° 1, p. 108-111.
- ANDERSON, S. A. (1990). « Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations », *Journal of Nutrition*, vol. 120, p. 1559-1600.

- ARMAR-KLEMESU, M., M. T. RUJEL, D. G. MAXWELL, C. E. LEVIN et S. S. MORRIS (2000). « Poor Maternal Schooling Is the Main Constraint to Good Child Care Practices in Accra », *Journal of Nutrition*, vol. 130, p. 1597-1607.
- AUBIN, J., C. LAVALLÉE, J. CAMIRAND, N. AUDET et autres (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.
- BAUMAN, A., et P. PHONGSAVAN (1999). « Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 55, n° 3, p. 187-207.
- BELLIZI, M. C., et W. H. DIETZ (1999). « Workshop on childhood obesity: summary of the discussion », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, p. 173S-175S.
- BERNIER, S., et D. BROCHU (2002). « Usage de la cigarette », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 8, p. 195-209.
- BIRCH, L. L., et J. O. FISCHER (1998). « Development of eating behaviours among children and adolescents », *Pediatrics*, vol. 101, p. 539-549.
- BUNOUT, D. (1999). « Nutritional and metabolic effects of alcoholism: their relationship with alcoholic liver disease », *Nutrition*, vol. 15, n° 7-8, p. 583-589.
- CALDWELL, J., et P. McDONALD (1982). « Influence of maternal education on infant and child mortality », *Health Policy and Education*, vol. 2, p. 251-267.
- CAMPBELL, C. C. (1991). « Food insecurity: A Nutritional Outcome or a Predictor Variable? », *Journal of Nutrition*, vol. 121, p. 408-415.
- CARDIN, J.-F., I. TRAORÉ et N. AUDET (2003). *Cahier technique et méthodologique, Volume 2, Définition et composition des indices*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, 300 p.
- CHEN, W., S. R. RINIVASAN, A. ELKASABANY et G. S. BERENSON (1999). « Cardiovascular Risk Factors Clustering Features on Insulin Resistance Syndrome (Syndrome X) in a Biracial (Black-White) Population of Children, Adolescents, and Young Adults », *American Journal of Epidemiology*, vol. 150, n° 7, p. 667-674.
- CHINN, S., et R. J. RONA (2001). « Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974-94 », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 24-26.
- COCHRANE, S. H., J. LESLIE et D. J. O'HARA (1982). « Parental education and child health: intracountry evidence », *Health Policy and Education*, vol. 2, p. 213-249.
- COLE, T. J., M. C. BELLIZI, K. M. FLEGAL et W. H. DIETZ (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1-6.
- COOK, J. T. (2002). « Clinical implications of household food security: definitions, monitoring, and policy », *Nutrition in Clinical Care*, vol. 5, n° 4, p. 152-167.
- COUTTS, A. (2001). « Nutrition and the life cycle: nutrition and the school child », *British Journal of Nursing*, vol. 10, n° 4, p. 26-31.
- CROOKS, D. L. (1999). « Child Growth and Nutritional Status in a High-Poverty Community in Eastern Kentucky », *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 109, p. 129-142.
- DIETZ, W. H. (1998). « Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease », *Pediatrics*, vol. 101, p. 518-525.

- EVERS, S., J. TAYLOR, S. MANSKE et C. MIDGETT (2001). « Eating and Smoking Behaviours of School Children in Southwestern Ontario and Charlottetown, PEI », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, n° 6, p. 433-436.
- FRENCH, S. A., et R. W. ROBERT (1998). « Epidemic Obesity in the United States: Are Fast Foods and Television Viewing Contributing? », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 2, p. 277-280.
- HAMELIN, A.-M., M. BEAUDRY et J.-P. HABICHT (1998). « La vulnérabilité des ménages à l'insécurité alimentaire », *Revue canadienne d'études du développement*, vol. XIX, p. 277-306.
- HAMELIN, A.-M., J.-P. HABICHT et M. BEAUDRY (1999). « Food insecurity: consequences for the Household and Broader Social Implications », *Journal of Nutrition*, vol. 129, p. 525S-528S.
- HYNDMAN, B. (2000). « Nourrir le corps, nourrir l'esprit – Aperçu des programmes de nutrition dans des écoles au Canada », *Fondation Canadian Living*, 20 p.
- JUTRAS, S., et P. MORIN (1997). *La santé. Qu'en pense-t-on à 15 ans?*, Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal, 37 p.
- KENNEDY, C. M. (1998). « Childhood Nutrition », *Annual Review of Nursing Research*, vol. 16, p. 3-38.
- KESSE, E., F. CLAVEL-CHAPELON, N. SLIMANI, M. VAN LIERE et autres (2001). « Do eating habits differ according to alcohol consumption? Results of a study of the French cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (E3N-EPIC) », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 74, p. 322-327.
- KOHL, H. W., et K. E. HOBBS (1998). « Development of Physical Activity Behaviors Among Children and Adolescents », *Pediatrics*, vol. 101, p. 549-554.
- KOLETZKO, B., J.-P. GIRARDET, W. KLISH et O. TOBACCO (2002). « Obesity in Children and Adolescents Worldwide: Current Views and Future Directions – Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition », *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 35, p. S205-S212.
- LEDOUX, M., L. MONGEAU et M. RIVARD (2002). « Poids et image corporelle », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.
- LEVASSEUR, M. (2002). « État de santé physique et recours aux médicaments », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, p. 371-392.
- LEWIS, E. M., et N. KERREBROCK (1997). « Childhood hunger », *The Future of Children, Welfare to Work*, vol. 7, n° 1, p. 128-137.
- MAILLOT, F., S. FARAD et F. LAMISSE (2001). « Alcohol and nutrition », *Pathologie-biologie*, vol. 49, n° 9, p. 683-688.
- MARSH, H. W. (1990). « A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification », *Educational Psychology Review*, vol. 2, n° 2, p. 77-172.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1994). *La consommation de drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires*, Québec, Direction de la recherche, 115 p.
- MISHRA, V. K., et R. D. REYHERFORD (2000). « Women's Education Can Improve Child Nutrition in India », *National Family Health Survey Bulletin*, n° 15, p. 1-4.

- NESTLE, M., et M. F. JACOBSON (2000). « Halting the Obesity Epidemic: A Public Health Policy Approach », *Public Health Reports*, vol. 115, p. 12-24.
- NORTH, K., P. EMMETT et AVON LONGITUDINAL STUDY OF PREGNANCY AND CHILDHOOD (ALSPAC) STUDY TEAM (2000). « Multivariate analysis of diet among three-year-old children and associations with socio-demographic characteristics », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 54, p. 73-80.
- O'DEA, J. A., et P. CAPUTI (2001). « Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6 to 19-year-old children and adolescents », *Health Education Research*, vol. 16, n° 5, p. 521-532.
- PEREZ-RODRIGO, C., et J. ARANCETA (2001). « School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives », *Public Health Nutrition*, vol. 4 (1A), p. 131-139.
- REPORT OF THE NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY AND NUTRITION FOR THE CHILDREN'S DIGESTIVE HEALTH AND NUTRITION FOUNDATION (2002). « Research Agenda for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: Nutrition and Obesity », *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 35, p. S281-S285.
- ROLLAND-CACHERA, M.-F. (2000). *Obésité infantile : certitudes et incertitudes*, Centre de recherche et d'information nutritionnelles, Nutri-Doc, n° 26.
- ROOS, E. B., T. HIRVONEN, V. MIKKILA, S. KARVONEN et M. RIMPELA (2001). « Household Educational Level as a Determinant of Consumption of Raw Vegetables among Male and Female Adolescents », *Preventive Medicine*, vol. 33, p. 282-291.
- ROSE, D. (1999). « Economic Determinants and Dietary Consequences of Food Insecurity in the United States », *Journal of Nutrition*, vol. 129, p. 517S-520S.
- SAMUELSON, G., L. E. BRATTEBY, H. ENGHARDT et M. HEDGREN (1996). « Food habits and energy and nutrient intake in Swedish adolescents approaching the year 2000 », *Acta Paediatrica*, vol. 415, p. 1-19.
- SANTÉ CANADA (1995). *Les jeunes Canadiens et les drogues. Guide-ressource de promotion de la santé et de marketing social*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, catalogue H39-32/1995F.
- SANTÉ CANADA (1997). *Éléments de réflexion. Les écoles et la nutrition*, Ottawa, Ontario, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 6 p.
- SANTÉ CANADA (2001). *L'obésité chez les enfants, une tendance alarmante*, Réseau canadien de la santé, [En ligne] www.canadian-health-network.ca/html/newnotablef/may1_2001f.html (page consultée le 29 mars 2004).
- SERRA-MAJEM, L., L. RIBAS, C. PÉREZ-RODRIGO, R. GARCIA-CLOSAS et autres (2002). « Determinants of Nutrient Intake among Children and Adolescents: Results from the EnKid Study », *Annals of Nutrition and Metabolism*, vol. 46 (suppl. 1), p. 31-38.
- STEAR, S. (2003). « Health and fitness series-1. The importance of physical activity for health », *Journal of Family Health Care*, vol. 13, n° 1, p. 10-13.
- STEINBERGER, J., et S. R. DANIELS (2003). « Obesity, Insulin Resistance, Diabetes, and Cardiovascular Risk in Children », *Circulation*, vol. 107, p. 1448-1453.
- TREMBLAY, M. S., P. T. KATZMARZYK et J. D. WILLMS (2002). « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity*, vol. 26, p. 538-543.
- TROIANO, R. P., et K. M. FLEGAN (1998). « Overweight Children and Adolescents: Description, Epidemiology, and Demographics », *Pediatrics*, vol. 101, n° 3, p. 497-504.

VALLIÈRES, E. F., et R. VALLERAND (1990). « Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg », *International Journal of Psychology*, vol. 25, p. 305-316.

WERNER, M. J., et H. Jr. ADGER (1995). « Early identification, screening, and brief intervention for adolescent alcohol use », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 149, n° 11, p. 1241-1248.

WILLET, W. C. (1999). « Goals for Nutrition in the Year 2000 », *CA Cancer Journal for Clinicians*, vol. 49, p. 331-352.

YORULMAZ, F., Z. AKTURK, N. DAGDVIREN et A. DALKILIC (2002). « Smoking among adolescents: relation to school success, socioeconomic status, nutrition, and self-esteem », *Swiss Medical Weekly*, vol. 132, p. 449-454.

Annexe

Tableau C.2.1

Description des catégories de l'indice de revenu relatif, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999

	Taille du ménage		
	2 personnes	3-4 personnes	5 personnes et plus
Moins de 10 000 \$	Très faible	Très faible	Très faible
10 000 \$ à 14 999 \$	Faible	Faible	Très faible
15 000 \$ à 19 999 \$	Moyen	Faible	Faible
20 000 \$ à 29 999 \$	Moyen	Moyen	Faible
30 000 \$ à 39 999 \$	Élevé	Moyen	Moyen
40 000 \$ à 59 999 \$	Élevé	Élevé	Moyen
60 000 \$ à 79 999 \$	Très élevé	Élevé	Élevé
80 000 \$ et plus	Très élevé	Très élevé	Très élevé

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition.*

Tableau C.2.2

Valeur moyenne et marge d'erreur (M. E.) des poids et tailles corporels, selon le sexe et l'âge, Québec, 1999.

	Poids (kg)				Taille (cm)			
	Garçons		Filles		Garçons		Filles	
	Moyenne	(M. E.)	Moyenne	(M. E.)	Moyenne	(M. E.)	Moyenne	(M. E.)
6 ans	22,6	(1,3)	21,7	(1,1)	117,9	(1,1)	117,8	(1,2)
7 ans	25,5	(1,4)	25,3	(2,3)	125,9	(2,1)	123,7	(1,3)
8 ans	31,0	(2,4)	28,9	(1,6)	131,2	(1,8)	130,1	(0,9)
9 ans	34,5	(2,8)	31,6	(3,7)	136,5	(2,5)	133,7	(2,3)
10 ans	37,0	(1,6)	36,0	(1,6)	141,3	(1,7)	140,8	(2,2)
11 ans	40,5	(2,4)	43,9	(2,6)	145,3	(1,7)	147,9	(2,1)
12 ans	48,4	(3,3)	48,6	(2,5)	153,2	(1,8)	153,4	(1,6)
13 ans	55,2	(3,2)	53,0	(2,3)	160,5	(2,5)	160,1	(1,9)
14 ans	59,9	(3,0)	56,8	(3,0)	166,5	(2,6)	161,4	(1,6)
15 ans	65,5	(2,4)	56,7	(2,2)	172,1	(0,9)	160,9	(1,1)
16 ans	67,8	(2,9)	59,3	(2,6)	173,9	(1,1)	162,2	(0,8)

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition.*

Tableau C.2.3

Valeur de référence¹ de l'IMC pour déterminer l'embonpoint et l'obésité, selon le sexe et l'âge, parmi les enfants et adolescents québécois de 6 à 16 ans

Âge	Embonpoint IMC : 25 kg/m ²		Obésité IMC : 30 kg/m ²	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
6 ans	17,55	17,34	19,78	19,65
7 ans	17,92	17,75	20,63	20,51
8 ans	18,44	18,35	21,60	21,57
9 ans	19,10	19,07	22,77	22,81
10 ans	19,84	19,86	24,00	24,11
11 ans	20,55	20,74	25,10	25,42
12 ans	21,22	21,68	26,02	26,67
13 ans	21,91	22,58	26,84	27,76
14 ans	22,62	23,34	27,63	28,57
15 ans	23,29	23,94	28,30	29,11
16 ans	23,90	24,37	28,88	29,43

1. COLE T. J. et autres (2000).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Volet nutrition*.