

www.stat.gouv.qc.ca

I n s t i t u t d e l a s t a t i s t i q u e d u Q u é b e c

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Recension
et synthèse critique
des enquêtes sociales
et de santé,
1995-2005

Québec 

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Publication réalisée et produite par :
Institut de la statistique du Québec

Mandat et subvention :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

ISBN 978-2-550-49696-0 (version imprimée)
978-2-550-47697-7 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec

Mai 2007

Avant-propos

Un portrait des enquêtes sociales et de santé réalisées au cours d'une période de dix ans au Québec et dans certains pays reconnus pour la qualité de leurs activités statistiques, tel est le sujet de cette publication. Cet ouvrage fait suite à une longue collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut dans la préparation et la réalisation d'enquêtes. Le mandat confié à l'Institut par le Ministère visait à fournir les bases propices à la réflexion dans le cadre de l'élaboration d'un plan d'enquêtes sociales et de santé au sein de ce ministère.

Il ne fait nul doute que ce travail contribue à la réalisation de nouvelles enquêtes, certaines étant déjà amorcées, et à la qualité de celles-ci, les expériences recensées dans les différents pays servant d'inspiration à leur préparation. Il est aussi souhaitable que la mise à jour de cette recension, et de la base documentaire qui la sous-tend, suscite de nouvelles collaborations, tant au niveau national qu'international, avec les professionnels des milieux de la recherche et des agences statistiques.

Cette démarche a été l'occasion de comparer les enquêtes menées au Québec avec la production de grandes agences statistiques : celles, entre autres, des États-Unis, de la France, du Royaume-Uni et bien sûr du Canada. Cela a permis de se pencher sur l'ensemble de notre production et sur les grandes tendances au niveau international dans ce domaine, une activité de veille nécessaire à toute agence statistique. Bien que ce n'était pas là l'objectif de cette recension, nous pouvons, je crois, être fiers de la contribution qu'a apportée l'Institut au bilan positif qu'affiche le Québec sur le plan international. Ce bilan répond à la volonté de l'Institut de correspondre aux normes internationales de qualité.

Cette recension et synthèse critique sera utile aux acteurs dans le domaine des enquêtes populationnelles, tant aux décideurs qu'aux professionnels impliqués dans la préparation de plans de surveillance, dans la réalisation des enquêtes ou dans l'interprétation des données qui en découlent.

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « qualité » de l'Institut de la statistique du Québec.

A handwritten signature in black ink, reading 'Yvon Fortin', positioned above a thin red vertical line.

Yvon Fortin
Directeur général,
Institut de la statistique du Québec

Cette publication a été réalisée par :

Jacinthe Aubin, Institut de la statistique du Québec
Maxime Boucher, Institut de la statistique du Québec
Jocelyne Camirand, Institut de la statistique du Québec
Robert Courtemanche, Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de :

Paul Beaulieu, M.L.I.S.

Avec l'assistance technique de :

Lise Ménard Godin, à la recherche documentaire
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
France Vaillancourt, à la mise en page

Direction de Santé Québec :

Daniel Tremblay

Étude subventionnée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou

Téléphone : 1 877 677-2087
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée :

AUBIN, J., M. BOUCHER, J. CAMIRAND et R. COURTEMANCHE (2007). *Recension et synthèse critique des enquêtes sociales et de santé, 1995-2005*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 262 p.

Remerciements

Les auteurs remercient les lecteurs externes :

Jeanine Butros, Statistique Canada

Élizabeth Cadieux, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Montambault, consultant

Catherine Sermet, Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Ainsi que le Groupe ministériel sur les enquêtes sociosanitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :

Josée Bourdages

Patricia Caris

Monique Godin

Alain Saucier

Marie-Hélène Gagné

Hélène Van Nieuwenhuyse

Résumé analytique

Introduction

Dans le cadre de l'élaboration d'un plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mandaté l'Institut de la statistique du Québec pour réaliser un projet en deux volets : une base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé (BDESS) et une analyse et synthèse critique des enquêtes recensées. Ce document représente le second volet de ce mandat.

Il s'agissait de recenser sur un horizon de 10 ans, soit de 1995 à 2005, les enquêtes réalisées au Québec, au Canada, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni, les principales enquêtes menées en Australie et en Nouvelle-Zélande ainsi que celles réalisées par quelques grands organismes internationaux, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'exercice consistait à faire une synthèse critique des enquêtes, à dégager des tendances, à identifier de nouvelles avenues ainsi que le potentiel de transfert de mesures, méthodes et stratégies d'enquêtes pour des projets québécois.

Méthodes

Les enquêtes décrites et analysées dans ce document n'incluent pas toutes celles de la BDESS. Sont incluses celles qui :

- portent principalement sur la santé ou les enquêtes sociales ayant une composante santé substantielle;
- comportent une collecte de renseignements auprès des individus;
- ont une méthodologie jugée adéquate (ex. : taux de réponse, méthode de sélection) pour mener à des résultats représentatifs de la population;
- sont représentatives de la population de l'ensemble du pays ou du territoire visé. Pour le Québec et les autres provinces canadiennes, s'ajoutent les enquêtes à portée provinciale; pour le Royaume-Uni, les enquêtes représentant ses composantes (Angleterre, Pays de Galles, Écosse, Irlande du Nord) ont aussi été recensées.

- *Sources d'information et limites*

La majorité des renseignements ont été extraits des sites Web des organismes producteurs de statistiques, des gouvernements des pays visés et des ministères de la santé.

Certaines enquêtes ont pu échapper à la recension par Internet : les enquêtes ponctuelles ou plus anciennes, celles utilisant des réseaux de diffusion particuliers (ex. : enquêtes de santé dentaire, santé environnementale, santé au travail) ou celles réalisées par des groupes de recherche universitaires (ex. : enquêtes longitudinales). Les enquêtes d'organismes nationaux sont plus facilement repérables de même que les enquêtes québécoises et

canadiennes. La recension est considérée assez complète pour les enquêtes à portée nationale au Canada, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni.

Le rapport se divise en deux grandes parties : 1) la description des 203 enquêtes retenues, et 2) la synthèse et l'analyse critique.

1. Description des enquêtes retenues

Les enquêtes réalisées sont présentées par catégorie et par pays. Des tableaux en annexe fournissent une information détaillée, pour chacune d'entre elles, sur les paramètres suivants : l'organisme qui a mené l'enquête, la périodicité de l'enquête, la représentativité territoriale, la population cible, la taille de l'échantillon, le taux de réponse, le mode et les instruments de collecte, la méthodologie et les thèmes généraux abordés dans l'enquête.

Trois grandes catégories d'enquêtes

Enquêtes transversales générales

- Elles portent sur de nombreux thèmes et visent à dresser un portrait général de l'état de santé et de ses déterminants dans une population.

Enquêtes transversales thématiques

- Elles portent sur un thème ou quelques thèmes intimement reliés comme le tabac, l'alcool et les drogues. Elles sont réalisées soit auprès d'une population spécifique, soit auprès de l'ensemble de la population.

Enquêtes longitudinales

- La collecte de données est faite à plusieurs moments espacés dans le temps, auprès du même échantillon ou d'une partie de celui-ci.

Enquêtes transversales générales

On distingue ici deux groupes d'enquêtes transversales générales :

- Les enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population, qui portent sur l'ensemble ou la majorité de la population d'un pays ou d'un territoire.
- Les enquêtes générales auprès de populations spécifiques, qui portent sur une population spécifique (ex. : les enfants, les personnes âgées).

Au total, 20 enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population d'un pays ou d'un territoire, et 13 enquêtes générales réalisées auprès de populations spécifiques, ont été recensées au cours de la période 1995-2005 et sont décrites dans ce document.

Enquêtes transversales thématiques

Au total, 129 enquêtes thématiques transversales sont décrites et présentées par pays. Les thèmes sont variés : soins de santé, état de santé déclaré ou mesuré, comportements, incapacité, périnatalité, violence, questions sociales ou environnementales.

Enquêtes longitudinales

Au total, 41 enquêtes longitudinales ont été recensées au cours de la période 1995-2005.

Les enquêtes longitudinales recensées sont classées selon la population visée :

- Population générale : les enquêtes de santé couvrant une grande partie de la population (qu'elles portent sur un thème spécifique ou sur un ensemble de sujets);
- Panel de ménages : les enquêtes suivant tous les membres des ménages (et dont les sujets incluent la santé);
- Populations spécifiques : enquêtes portant sur des populations spécifiques : jeunes, personnes âgées, par exemple; enquêtes dont la population cible est définie par une profession (ex. : infirmières) ou par une entreprise.

2. Synthèse et analyse critique

2.1 Une vue d'ensemble

- *Nombre total d'enquêtes réalisées*

Au total, cette recension a permis d'étudier 203 enquêtes menées de 1995 à 2005 (tableau 16, section 7.1). Durant cette période, le Québec a réalisé 25 enquêtes de toutes catégories. Cela est nettement plus que dans les autres provinces canadiennes et pourrait s'expliquer par le fait que le Québec est la seule province à s'être dotée formellement d'un institut de la statistique, lequel a réalisé la moitié des enquêtes québécoises recensées. La volonté explicite des instances de santé provinciales et régionales de se doter d'enquêtes sur l'état de santé et ses déterminants, permettant de disposer d'indicateurs comparables entre les régions, a conduit à concentrer les ressources dans une organisation intégrée, depuis, à l'Institut de la statistique du Québec. Le développement d'une expertise en matière d'enquêtes populationnelles de santé n'est donc pas un hasard.

Le nombre total d'enquêtes réalisées au cours de la période à l'échelle canadienne (26 enquêtes sans compter les enquêtes provinciales) est un peu inférieur à celui de la France (32 enquêtes) et inférieur à ceux des États-Unis (40 enquêtes) et du Royaume-Uni (37 enquêtes). Il faut cependant nuancer les faits : ce nombre total comprend des enquêtes d'une ampleur très variable (enquêtes transversales uniques, enquêtes répétées, enquêtes longitudinales, enquêtes comportant quelques questions ou de très nombreuses). Soulignons que les enquêtes canadiennes fournissent habituellement des données provinciales dont le Québec bénéficie.

- *Tous les pays ont une enquête générale transversale auprès de l'ensemble de la population*

Tous les pays disposent d'au moins une enquête générale transversale répétée s'adressant à l'ensemble (ou la majorité) de sa population. Comparativement, le Québec, comme quatre autres provinces canadiennes, n'a connu qu'une enquête générale sans répétition au cours de la période étudiée.

- *Prépondérance des enquêtes transversales*

Les enquêtes transversales sont prépondérantes. Ainsi, 162 enquêtes transversales et 41 enquêtes longitudinales ont été inventoriées. Compte tenu de l'ampleur et des coûts des enquêtes longitudinales, leur nombre est appréciable (environ une enquête sur cinq).

- *Presque tous les pays disposent de plusieurs enquêtes longitudinales*

Au cours de la période étudiée, le Québec a réalisé deux enquêtes longitudinales et le Canada, cinq. Les États-Unis sont le pays où le plus grand nombre d'enquêtes longitudinales ont été recensées (12 enquêtes).

- *Enquêtes générales auprès de populations spécifiques*

Les enquêtes longitudinales sont prépondérantes parmi les enquêtes générales portant sur des populations spécifiques. Ainsi, on compte 31 enquêtes de ce type menées longitudinalement : 11 enquêtes portent sur les jeunes, 8 enquêtes, sur les personnes âgées, 8 enquêtes, sur des groupes d'employés ou des professions spécifiques alors que les 4 dernières concernent des populations diverses.

De plus, on compte 13 enquêtes transversales générales visant des populations spécifiques. Environ la moitié d'entre elles (sept enquêtes) portent sur les enfants et les jeunes, incluant plusieurs enquêtes répétées. Les autres populations visées sont les groupes ethniques, les itinérants et les personnes âgées.

Dans l'ensemble, les enquêtes sur les jeunes sont soit des enquêtes transversales répétées, soit des enquêtes longitudinales. Les enquêtes concernant les personnes âgées sont surtout longitudinales.

Au cours des dix dernières années, le Canada a mené trois enquêtes longitudinales générales, mais aucune sur le plan transversal auprès de populations spécifiques. Le Québec a pour sa part réalisé deux enquêtes longitudinales et trois enquêtes transversales.

- *Prépondérance des enquêtes thématiques*

Les enquêtes thématiques sont les plus nombreuses : 129 enquêtes thématiques transversales ont été recensées, auxquelles s'ajoutent environ une vingtaine d'enquêtes longitudinales portant sur des thèmes particuliers.

Le Canada et le Québec ont conduit un nombre appréciable d'enquêtes thématiques de type transversal au cours de la période étudiée (20 et 19 respectivement).

- *Principaux sujets des enquêtes thématiques*

Les sujets les plus fréquemment abordés dans les enquêtes thématiques transversales sont :

- o les soins de santé (organisation, qualité des soins, satisfaction des usagers) (33 enquêtes, dont plusieurs enquêtes répétées);
- o la problématique du tabac/alcool/drogues/jeux de hasard (23 enquêtes);
- o la nutrition (17 enquêtes);
- o la santé mentale (8 enquêtes);
- o la vaccination (6 enquêtes);
- o l'incapacité, les aidants naturels ou le vieillissement (6 enquêtes);
- o la problématique de la contraception, de l'avortement, de la périnatalité ou de la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS, 6 enquêtes);
- o et la santé au travail (5 enquêtes).

Un peu moins d'une vingtaine d'enquêtes longitudinales portent sur un thème spécifique. Les thèmes sont assez variés (ex. : soins de santé, tabagisme, alcool et drogues, incapacité, santé mentale). C'est donc environ 4 enquêtes longitudinales sur 10, en proportion, qui sont consacrées à des thèmes particuliers.

Au Québec, quelques thèmes n'ont pas fait l'objet d'une enquête thématique au cours de la période considérée : notamment, la santé mentale, la santé au travail, l'obésité et l'excès de poids, les politiques et les programmes de santé, de même que la santé physique déclarée ou mesurée.

- *Quelques enquêtes internationales*

Quelques enquêtes internationales ont été recensées (sept enquêtes), soit trois enquêtes transversales générales, une enquête transversale thématique et trois enquêtes longitudinales.

2.2 Synthèse, tendances et nouvelles avenues

Le rapport propose une synthèse et une analyse critique de certains paramètres relatifs aux méthodes et aux stratégies d'enquêtes (population cible, base de sondage, périodicité, représentativité, modes et outils de collecte, utilisation de fichiers administratifs, programmes et séries d'enquêtes, comparabilité internationale). Quelques nouvelles avenues, sans être courantes, semblent prometteuses. Les encadrés ci-dessous présentent une synthèse des tendances et des nouvelles avenues pour ces aspects.

Quelles sont les populations ciblées dans les enquêtes recensées?

Population cible des enquêtes

Synthèse et tendances

- o Enquêtes générales auprès de populations générales : la quasi-totalité de ces enquêtes visent uniquement les personnes vivant en ménage privé. La majorité exclut une part plus ou moins importante des enfants ou des personnes âgées.
- o Enquêtes générales auprès de populations spécifiques : par définition, ces enquêtes visent des populations spécifiques. La moitié de celles-ci s'adressent aux enfants et aux jeunes.
- o Enquêtes transversales thématiques : la population visée dépend souvent du thème de l'enquête. Le rapport fait l'analyse des populations ciblées dans les enquêtes portant sur les thèmes les plus fréquents.
- o Enquêtes longitudinales : certaines enquêtes visent la population vivant en établissement en plus de celle des ménages privés. Il y a de nombreuses cohortes permettant de suivre des enfants et des jeunes et aussi des personnes âgées.

Quelles sont les bases de sondage utilisées dans les enquêtes recensées?

Base de sondage

Synthèse et tendances

- o La nature et la qualité des bases de sondage disponibles varient selon les pays. La majorité des pays disposent de registres des naissances et de bases aréolaires habituellement conçues à partir du recensement.
- o Le choix de la base de sondage est étroitement lié au mode de collecte retenu et à la population ciblée.
- o La liste demeure le choix privilégié, lorsque disponible (registre des naissances, listes d'écoles, d'établissements, etc.).
- o En l'absence de liste, pour les enquêtes en face-à-face la base aréolaire est privilégiée et, pour les enquêtes téléphoniques, la génération aléatoire de numéros de téléphone.
- o Certaines enquêtes tirent leur échantillon d'une autre enquête.

À quelle fréquence les enquêtes sont-elles réalisées?

Périodicité

Synthèse et tendances

- Les enquêtes générales auprès de populations générales sont fréquentes : deux pays (le Royaume-Uni et les États-Unis) mènent des enquêtes annuelles depuis longtemps, les autres ont une périodicité variant entre deux et cinq ans. Certaines enquêtes bénéficient d'une collecte continue.
- Enquêtes générales auprès de populations spécifiques : la moitié des enquêtes n'a eu lieu qu'une fois au cours de la période de dix ans.
- Enquêtes transversales thématiques : elles sont ponctuelles ou répétées à intervalles variables. Certains thèmes susceptibles d'évoluer rapidement se prêtent à des collectes plus fréquentes. La périodicité varie selon les thèmes. Voici certaines des tendances observées :
 - Quelques enquêtes sont réalisées en continu;
 - Collectes annuelles : vaccination, consommation de substances psychoactives; plus rarement : soins de santé, conditions de travail;
 - Collecte aux deux ou trois ans : satisfaction des usagers des services de santé, poids corporel;
 - Collecte aux cinq à sept ans : personnes diabétiques, aidants naturels, incapacité, santé mentale, risques professionnels, pratiques des professionnels de la santé, santé périnatale;
 - Collecte aux dix ans ou plus : enquêtes avec mesures physiques ou examens par un professionnel (ex. : nutrition, santé dentaire).
 - Enquêtes longitudinales : elles s'étendent sur de longues périodes dans le temps et sont rarement répétées.

Quels sont les objectifs des enquêtes recensées au regard de la représentativité territoriale?

Représentativité territoriale

Synthèse et tendances

- Le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni sont parmi les pays qui planifient le plus fréquemment des enquêtes permettant d'obtenir des estimations au niveau infra-national.
- Au Canada, les enquêtes présentent un découpage élaboré et assurent, pour la plupart, une représentativité provinciale; certaines enquêtes provinciales ou nationales permettent la production d'estimations régionales.

Quels sont les modes et les outils de collecte les plus utilisés?

Modes de collecte

Synthèse et tendances

- La majorité des enquêtes recensées, transversales ou longitudinales, sont réalisées au moyen d'une collecte en face-à-face.
- Les enquêtes téléphoniques sont surtout présentes au Canada et aux États-Unis.
- Les enquêtes postales sont nombreuses auprès des professionnels de la santé.
- Les collectes postales et téléphoniques sont parfois utilisées en complément à la collecte en face-à-face.

Nouvelles avenues

- Deux enquêtes proposent une alternative : procéder selon un mode électronique ou postal.

Outils de collecte

Synthèse et tendances

- L'entrevue assistée par ordinateur est la norme pour les enquêtes téléphoniques.

Nouvelles avenues

- Parmi les approches de construction des questionnaires, on note : l'approche modulaire permettant la rotation des sujets, les contenus optionnels, les échantillons séparés.
- Parmi les outils utilisés en face-à-face, on note l'usage de tests (cognitifs, de logique, de vocabulaire, etc.), de carnets (pour les relevés d'aliments, d'activités physiques, de soins, etc.), les examens par des professionnels (dentistes, psychologues, etc.) et surtout les mesures physiques qui sont assez répandues et qui vont bien au-delà des mesures anthropométriques courantes (salive, urine, sang, etc.).
- Quelques enquêtes combinent les collectes de données qualitatives et quantitatives.

Fichiers administratifs et jumelage de fichiers

Tendances et nouvelles avenues

- Les fichiers administratifs sont fréquemment utilisés à titre de complément d'enquêtes (ex. : consommation de soins, fichiers des décès) surtout aux États-Unis. Cet usage pose toutefois des défis en matière de confidentialité, tout en offrant des renseignements précieux servant à de nombreuses applications.

Finalement, voici un aperçu de quelques tendances ou nouvelles avenues d'ordre plus général dans le domaine des enquêtes sociales et de santé.

Programmes et séries d'enquêtes

Tendances et nouvelles avenues

- Plusieurs pays se sont dotés de programmes ou de séries d'enquêtes portant, par exemple, sur un thème particulier dans des populations spécifiques (ex. : soins de santé) ou sur des thèmes en rotation (ex. : surveillance des objectifs nationaux de santé), ou d'enquêtes flexibles traitant de thèmes variés (ex. : enquête omnibus, enquête à portée régionale).

Comparabilité internationale

Tendances

- La plupart des pays ont le souci d'établir des comparaisons internationales. En Europe, dans le contexte de l'Union européenne, des efforts d'harmonisation des enquêtes existantes sont en cours et une première série d'enquêtes est prévue en 2007. Au Québec et au Canada, on vise des comparaisons interprovinciales. Différents indicateurs se prêtent adéquatement aux comparaisons internationales.

Estimateurs pour de petites régions

Nouvelles avenues

- Les méthodes d'estimation pour de petites régions ont connu un essor considérable depuis dix ans et sont appliquées dans le domaine de la santé dans quelques pays.
- La méthode consiste en une modélisation qui intègre des variables auxiliaires (ex. : recensement, données administratives). Leur application n'est pas simple. Les estimateurs peuvent être biaisés si les hypothèses préalables au modèle sont fausses.
- Cette approche ne se substitue pas à une taille d'échantillon suffisante, mais permet d'obtenir des résultats acceptables pour des sous-groupes de population.

2.3 Potentiel de transfert pour le Québec

Dans le contexte de l'élaboration du Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé qui a conduit à la préparation de cette recension, quels exemples retenir? Quelles sont les enquêtes qui pourraient être faites au Québec? Quelles méthodes et stratégies peuvent être utilisées? Quelles sont les tendances observées ailleurs dans le monde ou les expériences novatrices qui pourraient être reprises au Québec?

Conditions propres au Québec

Une première constatation s'impose : toute tentative de transfert doit se faire à la lumière des conditions propres au Québec qui peuvent être résumées dans les énoncés suivants :

- o Rappelons que le Québec est une province, alors que nous avons examiné les enquêtes produites dans des pays.
- o Le Québec a développé une expertise en matière d'enquêtes populationnelles de santé; il est la seule province ayant formellement un institut de la statistique.
- o Il y a une volonté explicite, au Québec, de la part des instances de santé nationales et régionales de réaliser des enquêtes (avec des indicateurs comparables) permettant d'appuyer la prise de décision. Le Québec s'est donné la Loi sur la santé publique et un plan de surveillance avec des objectifs de santé mesurables.
- o Le Canada et ses provinces ont des responsabilités partagées au niveau politique et financier en ce qui concerne la santé publique et le système de soins de santé. D'où leur intérêt pour des données permettant le suivi de leurs responsabilités, orientations et objectifs respectifs. Le même raisonnement s'applique au niveau infra-provincial au Québec.
- o Il y a une relative centralisation de la production de l'information statistique en santé au Québec avec ses avantages et ses inconvénients. L'Institut de la statistique du Québec a réalisé environ la moitié des enquêtes recensées. Au Canada, la majorité des enquêtes de santé sont menées par Statistique Canada.
- o Pour optimiser l'utilisation des ressources, la planification des enquêtes québécoises doit tenir compte des enquêtes réalisées et projetées par Statistique Canada.

Programmes d'enquêtes : une approche prometteuse

Plusieurs pays se sont dotés de programmes ou de séries d'enquêtes. Cette approche est prometteuse. Un examen plus approfondi de certains programmes nationaux pourrait être utile.

Le choix de réaliser une enquête doit avoir fait l'objet d'une réflexion préalable qui tient compte de la disponibilité (ou du manque) de certaines données, des problèmes de santé les plus importants de la population, des problèmes émergents ou en croissance, de groupes de population particuliers et des objectifs nationaux de santé. Il convient aussi d'évaluer quels types d'enquêtes ont avantage à être regroupés dans un programme ou une série d'enquêtes. Le Québec dispose déjà de cadres de référence pour faire ces choix.

Quelles enquêtes pourraient être réalisées au Québec?

Nombre des enquêtes recensées sont des exemples qui pourraient être repris dans le futur au Québec. Mais devraient-ils l'être? Doit-on répéter dans l'avenir les enquêtes qui ont déjà été réalisées au Québec? Ou plutôt suggérer de nouveaux sujets d'enquêtes?

Certains constats permettront d'alimenter la prise de décision à cet égard :

- o Le Québec a mené un bon nombre d'enquêtes (25 enquêtes) de 1995 à 2005. Plusieurs d'entre elles sont des enquêtes ponctuelles. Toutefois, au moment d'écrire ce rapport, le Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé prévoit la réalisation, au cours des prochaines années, de plusieurs enquêtes d'envergure dont quelques-unes sont en cours.
- o La plupart des enquêtes canadiennes apportent également de l'information au niveau provincial. Ce n'est pas le cas des enquêtes internationales, lesquelles fournissent rarement des données provinciales.
- o Tous les pays disposent d'au moins une enquête générale transversale répétée. Le Québec en avait une au cours de la période étudiée, mais elle n'a pas été reconduite. Des données sont toutefois disponibles dans les enquêtes canadiennes (dont l'ESCC). Ces données seront-elles suffisantes?
- o Tous les pays ont des enquêtes portant sur des populations spécifiques. Ce sont surtout des enquêtes longitudinales. Ces enquêtes touchent principalement les jeunes (enquêtes transversales et longitudinales) et les personnes âgées (enquêtes longitudinales surtout); d'autres populations spécifiques sont aussi étudiées. Quelles sont les populations spécifiques qui devraient faire l'objet d'enquêtes au Québec?
- o Les enquêtes thématiques sont les plus nombreuses dans tous les pays. Ce sont surtout des enquêtes transversales souvent répétées, mais aussi des enquêtes longitudinales. Au Québec, quels thèmes devraient faire l'objet d'enquêtes transversales uniques ou répétées ou d'enquêtes longitudinales?
- o Pour répondre à cette question, le choix des thèmes à privilégier pour les enquêtes futures peut s'inspirer d'une part des principaux thèmes des enquêtes thématiques réalisées dans les pays étudiés. Il peut s'inspirer d'autre part des quelques thèmes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête au Québec au cours de la période 1995-2005 (voir la liste plus haut). Des thèmes pourraient faire l'objet d'une enquête spécifique. Par contre, certains de ces thèmes ont été couverts en partie dans des enquêtes générales (québécoises ou canadiennes) ou dans des enquêtes thématiques canadiennes (réalisées ou en cours). En tenant compte des thèmes couverts en partie par ces enquêtes, on a considéré comme n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes au Québec deux thèmes, soit la santé au travail et les politiques et programmes de santé. Une enquête sur le premier thème est en préparation au moment d'écrire ce rapport. Par ailleurs, quels sont les nouveaux thèmes qui devraient plutôt être abordés dans le cadre d'enquêtes générales?

Quelles méthodes et stratégies d'enquêtes pourraient être appliquées au Québec?

Certaines méthodes d'enquêtes ont été peu ou pas du tout utilisées au Québec, du moins dans les enquêtes nationales. Elles pourraient être considérées lors de la planification de nouvelles enquêtes. À titre d'exemples, mentionnons la collecte auprès de populations marginales ou en établissements, les enquêtes transversales ou longitudinales auprès des aînés, le jumelage avec les fichiers administratifs, l'utilisation de carnets et, finalement, les méthodes qualitatives. Aussi, diverses mesures physiques pourraient être utilisées davantage lors de collectes en face-à-face.

Cette recension sera un outil de référence qui trouvera toute son utilité dans le cadre de projets donnés, une fois établi le choix des sujets d'enquêtes. Connaissant les objectifs d'un projet d'enquête, elle permet d'examiner les mesures, méthodes et stratégies utilisées.

Par ailleurs, les méthodes d'analyse pour de petites régions pourraient répondre en partie aux besoins de données au regard des coûts élevés qu'entraîne la collecte de données au niveau régional ou local. Si cette approche est retenue, il serait souhaitable de développer l'expertise sur ces méthodes au Québec.

À quelle fréquence doit-on réaliser les enquêtes?

Quels sont les thèmes pour lesquels un suivi serré est nécessaire et quelles sont les populations à enquêter plus régulièrement? Il n'y a pas de réponse unique à ces questions. La réponse varie selon le type d'enquête envisagé.

Pour faire la lumière sur ces sujets, retenons en guise de synthèse (voir l'encadré Périodicité) : a) que les enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population sont fréquentes (annuelle, continue, périodicité allant de deux à cinq ans); b) qu'environ la moitié des enquêtes générales auprès de populations spécifiques ont été faites une seule fois au cours d'une période de dix ans, l'autre moitié plus souvent; c) que la périodicité des enquêtes thématiques transversales varie selon les thèmes.

La périodicité à retenir pour les enquêtes québécoises devrait tenir compte, entre autres choses, du temps nécessaire pour l'analyse et la diffusion des résultats et du temps de réaction pour la mise en œuvre des interventions. Un retour sur l'expérience des enquêtes québécoises répétées et sur l'ESCC pourrait éclairer la prise de décision.

Deux tendances à retenir : le souci de comparabilité et l'analyse régionale

On retient également le souci de la plupart des pays de développer des enquêtes permettant des comparaisons internationales, particulièrement en Europe, et le souci des organismes centraux de nombreux pays de fournir des données au niveau infra-national de façon plus ou moins détaillée.

Au Québec, ces préoccupations méritent réflexion. Outre les comparaisons générales avec le Canada, sur quels thèmes et avec quels pays principalement les comparaisons internationales seraient-elles utiles? Des comparaisons avec les États-Unis et la France peuvent être envisagées.

Concernant les données régionales, on note que certaines des enquêtes déjà réalisées au Québec ont fourni ce type de données. Dans le futur, il faudra déterminer quelles sont les enquêtes pour lesquelles elles sont nécessaires, compte tenu des coûts des enquêtes régionales et de la disponibilité d'autres sources de données régionales (données administratives, ESCC). Une avenue prometteuse inspirée de l'expérience américaine (SLAITS, BRFSS) pourrait être envisagée : un moteur d'enquêtes régionales de type omnibus. L'utilisation des méthodes d'estimation pour de petites régions pourrait également répondre à certains besoins de données régionales ou infra-régionales.

Conclusion

Les objectifs généraux de cette recension et synthèse critique des enquêtes sociales et de santé étaient ambitieux, compte tenu du temps imparti à sa réalisation.

Ce document est un outil de travail qui aidera les décideurs à faire des choix éclairés pour le développement de nouvelles enquêtes au Québec et, en particulier, dans le cadre de la préparation, par le MSSS, du Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé. Il sera utile aux décisions touchant un plan d'ensemble d'enquêtes ou des projets particuliers. Il constituera un outil de référence, par sa partie descriptive et ses tableaux détaillés sur chacune des enquêtes, ainsi que par la synthèse et l'analyse qu'il propose. Ce document fait des constats et présente des possibilités à la lumière des conditions particulières au Québec. Il propose aussi la réalisation d'autres travaux ou de réflexions qui dépassent le cadre de ce document et qui permettront d'orienter ces décisions.

Ce document est le complément de la Base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé (BDESS). Cette base permettra aux professionnels de disposer d'une information détaillée sur la méthodologie des enquêtes recensées.

Certaines recommandations s'imposent à la suite de cette recension. D'abord, sur le plan de l'exhaustivité, cette recension (et la base documentaire) présente quelques limites. Il serait donc souhaitable d'effectuer une mise à jour de la base documentaire sur une base régulière, pour remédier à ses limites et pour tenir compte de la réalisation de nouvelles enquêtes. Dans ce but, le MSSS et l'ISQ ont déjà prévu faire un inventaire plus complet des enquêtes australiennes et néo-zélandaises, un élargissement des thèmes d'enquêtes examinés ainsi qu'une mise à jour. Il serait également souhaitable que la BDESS soit diffusée sur le site Web de l'ISQ; cela permettrait non seulement de rendre disponible cette source d'information aux professionnels du domaine des enquêtes dans la francophonie, mais aussi de mettre à jour l'information par le dialogue entre ceux-ci.

Finalement, selon l'usage qu'il sera fait de ce document, il pourrait être intéressant de répéter l'expérience. L'occasion pourrait en être donnée, par exemple, lors de la prochaine révision du *Programme national de santé publique* (Gouvernement du Québec, 2003) prévue pour 2012. Des collaborateurs des organismes producteurs de statistiques dans le domaine de la santé en France, au Royaume-Uni ou dans les autres pays concernés pourraient y être plus étroitement associés.

Table des matières

1.	Introduction.....	27
2.	Méthodes.....	29
2.1	Sources d'information sur les enquêtes.....	29
2.2	Champ d'analyse : inclusions et exclusions.....	29
2.3	Catégories d'enquêtes.....	30
2.4	Critères retenus pour l'analyse.....	30
3.	Pays et organismes : survol.....	33
3.1	Mission et historique des organismes internationaux.....	33
3.2	Pays et producteurs de statistiques.....	34
PARTIE 1 • DESCRIPTION DES ENQUÊTES		41
4.	Enquêtes transversales générales.....	43
4.1	Enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population	43
4.2	Enquêtes générales auprès de populations spécifiques	57
5.	Enquêtes transversales thématiques	67
5.1	Canada et provinces canadiennes	67
5.2	États-Unis	79
5.3	France	83
5.4	Royaume-Uni.....	87
5.5	Australie	90
5.6	Nouvelle-Zélande	91
5.7	Enquêtes internationales.....	92
6.	Enquêtes longitudinales.....	93
6.1	Enquêtes longitudinales auprès de populations générales	93
6.2	Enquêtes panel de ménages	98
6.3	Enquêtes longitudinales sur des populations d'âge spécifique	100
6.3.1	Enquêtes longitudinales sur les jeunes et les adolescents.....	100
6.3.2	Enquêtes longitudinales sur les aînés.....	106
6.4	Enquêtes longitudinales sur une profession ou une entreprise	110
6.5	Enquêtes longitudinales diverses.....	112

PARTIE 2 • SYNTHÈSE ET ANALYSE CRITIQUE	115
7. Synthèse, nouvelles avenues et tendances	117
7.1 Vue d'ensemble	117
7.2 Analyse critique des méthodes et stratégies d'enquêtes.....	123
7.2.1 Population cible.....	123
7.2.2 Base de sondage	128
7.2.3 Périodicité	130
7.2.4 Période de collecte	132
7.2.5 Représentativité.....	133
7.2.6 Estimateurs pour de petites régions	134
7.2.7 Modes de collecte	138
7.2.8 Outils de collecte: du questionnaire aux mesures physiques	141
7.2.9 Collecte de données quantitatives et qualitatives.....	143
7.2.10 Fichiers administratifs et couplage de données.....	144
7.2.11 Programmes et séries d'enquêtes.....	147
7.2.12 Données transversales à partir d'enquêtes longitudinales	149
7.2.13 Et la comparabilité internationale?	149
8. Potentiel de transfert pour le Québec	151
8.1 Conditions propres au Québec.....	151
8.2 Programmes d'enquêtes	153
8.3 Quelles enquêtes pourraient ou devraient être réalisées au Québec.....	154
8.4 Quelles méthodes et stratégies d'enquêtes peuvent être appliquées au Québec?.....	156
8.5 À quelle fréquence doit-on réaliser les enquêtes	157
8.6 Deux tendances à retenir: le souci de comparabilité et l'analyse régionale.....	158
9. Conclusion	161
Bibliographie	163
Liste des acronymes	167
Index.....	169
Annexe A Base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé.....	177
Annexe B Organismes internationaux	179
Annexe C Tableaux complémentaires.....	183

Liste des tableaux

1. Indicateurs relatifs à la population, à l'état de santé et au système de santé par pays
2. Sommaire des enquêtes transversales générales auprès de la population par pays ou territoire, 1995-2005
3. Sommaire des enquêtes transversales générales auprès de populations spécifiques par pays ou territoire, 1995-2005
4. Sommaire des enquêtes transversales thématiques au Canada, 1995-2005
5. Sommaire des enquêtes transversales thématiques des provinces canadiennes, 1995-2005
6. Sommaire des enquêtes transversales thématiques aux États-Unis, 1995-2005
7. Sommaire des enquêtes transversales thématiques en France, 1995-2005
8. Sommaire des enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni, 1995-2005
9. Sommaire des enquêtes transversales thématiques en Australie, en Nouvelle-Zélande et internationales, 1995-2005
10. Sommaire des enquêtes longitudinales auprès de populations générales, 1995-2005
11. Sommaire des enquêtes longitudinales panels de ménages, 1995-2005
12. Sommaire des enquêtes longitudinales sur les enfants et les adolescents, 1995-2005
13. Sommaire des enquêtes longitudinales sur les aînés, 1995-2005
14. Sommaire des enquêtes longitudinales sur une profession ou une entreprise, 1995-2005
15. Sommaire des enquêtes longitudinales diverses, 1995-2005
16. Nombre d'enquêtes par pays et par thème ou population, 1995-2005
17. Population cible des enquêtes transversales sur le thème des soins de santé, 1995-2005
18. Population cible des enquêtes transversales sur des thèmes fréquents, 1995-2005
19. Enquêtes transversales générales ayant une période de collecte de 9 mois et plus, 1995-2005
20. Enquêtes permettant une représentativité territoriale infra-nationale, 1995-2005
21. Enquêtes postales ou téléphoniques répertoriées, 1995-2005
22. Enquêtes impliquant des prises de mesures physiques, 1995-2005
23. Exemples d'enquêtes incluant des données administratives, 1995-2005

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES (ANNEXE C)

- C.1 Enquêtes transversales générales auprès de la population, 1995-2005
- C.2 Enquêtes transversales générales auprès de populations spécifiques, 1995-2005
- C.3A Enquêtes transversales thématiques au Canada, 1995-2005
- C.3B Enquêtes transversales thématiques dans les provinces canadiennes, 1995-2005
- C.4 Enquêtes transversales thématiques aux États-Unis, 1995-2005
- C.5 Enquêtes transversales thématiques en France, 1995-2005
- C.6 Enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni, 1995-2005
- C.7 Enquêtes transversales thématiques en Australie, 1995-2005
- C.8 Enquêtes transversales thématiques en Nouvelle-Zélande, 1995-2005
- C.9 Enquête thématique transversale internationale, 1995-2005
- C.10 Enquêtes longitudinales générales, 1995-2005
- C.11 Enquêtes longitudinales panels de ménages, 1995-2005
- C.12 Enquêtes longitudinales sur les enfants et les adolescents, 1995-2005
- C.13 Enquêtes longitudinales sur les aînés, 1995-2005
- C.14 Enquêtes longitudinales sur une profession ou une entreprise, 1995-2005
- C.15 Enquêtes longitudinales diverses, 1995-2005

1. Introduction

Ce document présente une description et une synthèse critique des enquêtes sociales et de santé réalisées dans divers pays et par certains organismes internationaux sur une période de dix ans. Dans le cadre de l'élaboration d'un plan ministériel de développement des enquêtes, mis en œuvre par le Groupe ministériel sur les enquêtes sociosanitaires¹, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mandaté l'Institut de la statistique du Québec pour réaliser un projet en deux volets : une base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé (BDESS) et une analyse et synthèse critique des enquêtes recensées.

Les objectifs généraux du premier volet sont de :

- Recenser, sur un horizon d'au moins dix ans, les enquêtes sociosanitaires réalisées par des organisations statistiques officielles au Québec, au Canada, en France, au Royaume-Uni, aux États-Unis; les enquêtes menées par de grands organismes internationaux, soit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRIDS) et Eurostat; également, recenser les enquêtes menées en Australie et en Nouvelle-Zélande par les organismes statistiques officiels de ces deux pays qui semblent particulièrement actifs et novateurs dans le champ des enquêtes sociosanitaires;
- Recenser, entre autres, sur un horizon de dix ans, les enquêtes en santé au travail, en santé environnementale, ou encore les enquêtes sur l'utilisation et la qualité des services et la satisfaction des usagers;
- Effectuer un repérage bibliographique de type revue de littérature afin d'alimenter le second volet.

Les objectifs généraux du second volet sont les suivants :

- Explorer les nouvelles avenues et tendances en matière d'enquêtes sur les plans national et international au regard du type d'enquêtes courant utilisé au Québec ou au Canada et faire une synthèse et analyse critique de l'information recueillie;
- Explorer le potentiel de transfert de mesures, de méthodes et de stratégies des divers types et thèmes d'enquêtes pour les projets québécois.

Ce projet réalisé entre avril et décembre 2005 devrait constituer un outil privilégié pour éclairer les choix de méthodes ou de stratégies pour une enquête ou un programme d'enquêtes au Québec.

1. Le Groupe ministériel sur les enquêtes sociosanitaires a été créé à l'automne 2003 pour assurer la concertation et la coordination intraministérielle en matière d'orientation, de planification, de réalisation et de suivi des enquêtes.

La section qui suit présente les méthodes utilisées dans la recension, la synthèse et l'analyse critique des enquêtes. La section 3 présente les organismes internationaux ainsi que les pays considérés et les organismes producteurs statistiques. Le document est ensuite divisé en deux parties : 1) la description des enquêtes et 2) la synthèse et l'analyse critique. En partie 1, les sections 4, 5 et 6 décrivent brièvement les enquêtes transversales générales, les enquêtes transversales thématiques et les enquêtes longitudinales. En partie 2, la section 7 présente une synthèse selon les axes d'analyse retenus dans cette recension et dégage les tendances et les avenues nouvelles pour le Québec. La section 8 explore leur potentiel de transfert, en tenant compte de la situation propre au Québec. La conclusion propose certaines recommandations pour l'utilisation future de ce document.

2. Méthodes

2.1 Sources d'information sur les enquêtes

Les enquêtes recherchées pour cette recension portaient principalement sur la santé ou encore, étaient des enquêtes sociales ayant une composante santé substantielle. La grande majorité des renseignements ont été extraits des sites Internet des organismes producteurs de statistiques. Certains renseignements sont issus de bases documentaires comme les catalogues de la Bibliothèque nationale du Canada, les catalogues d'universités et d'autres ont été transmis par les professionnels de l'Institut de la statistique du Québec. Les sites Internet des principaux organismes statistiques des pays choisis ont été consultés ainsi que ceux de leurs gouvernements, notamment les ministères de la Santé.

Toutes les enquêtes réalisées au début de la période 1995-2005 ne sont pas nécessairement présentées sur Internet, cet outil étant relativement récent. Il se peut que certaines enquêtes aient échappé à la recension, en particulier s'il s'agissait d'enquêtes ponctuelles. De plus, des enquêtes nationales réalisées par des groupes de recherche universitaires peuvent ne pas avoir été recensées; on sait que les enquêtes longitudinales sont plus souvent menées par de tels groupes.

2.2 Champ d'analyse : inclusions et exclusions

Le champ d'analyse correspond en général aux enquêtes populationnelles recensées dans la *Base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé (BDESS)* en format Access (pour une brève présentation de la BDESS, le lecteur peut consulter l'annexe A). Les renseignements utilisés pour cette recension, synthèse et analyse critique s'y trouvent directement, sinon dans les documents identifiés par des hyperliens dans la base documentaire. Celle-ci contient, outre des enquêtes populationnelles, quelques études dans le domaine de l'organisation et de la qualité des services de santé qui ne sont pas des enquêtes mais plutôt des recherches. Ces dernières sont utiles à la prise de décision concernant certains projets d'enquêtes, mais elles n'ont pas été traitées dans le présent document.

Parmi les études recensées dans la première édition de la BDESS, d'autres ont également été exclues de la synthèse :

- celles qui ne correspondent pas à une enquête au sens de recueil de renseignements auprès de personnes, par exemple une collecte et une analyse de données de sources administratives seulement;
- celles dont la méthodologie est jugée peu adéquate en raison d'un faible taux de réponse ou de la méthode de sélection, par exemple;
- celles qui sont jugées non représentatives de la population nationale, de celle d'une province (au Canada) ou de l'une des quatre composantes du Royaume-Uni.

Finalement, 203 enquêtes parmi les quelque 300 que contient la BDESS ont été retenues.

2.3 Catégories d'enquêtes

Les enquêtes ont été regroupées en trois grandes catégories en vue de l'analyse : les enquêtes transversales générales, les enquêtes transversales thématiques et les enquêtes longitudinales. La distinction entre les enquêtes transversales (répondants enquêtés une fois) et les enquêtes longitudinales (plusieurs collectes auprès du même échantillon) allait généralement de soi en raison des objectifs et des méthodes très différents de ces types d'enquêtes. Les enquêtes transversales ont été divisées comme suit : 1- enquêtes générales portant sur de nombreux thèmes et visant à dresser un portrait général de l'état de santé et de ses déterminants dans une population, et 2- enquêtes thématiques portant sur un thème ou quelques thèmes intimement reliés comme le tabac, l'alcool et les drogues. Il n'y a pas de distinction nette entre ces deux types d'enquêtes relevant d'objectifs rapprochés. Les enquêtes générales qui ont des cycles généraux et des cycles thématiques seront traitées à la fois parmi les enquêtes générales et les enquêtes thématiques et leur lien sera clairement établi. Pour chaque enquête, les stratégies choisies sont décrites. Les éléments retenus pour leur description sont adaptés à la catégorie d'enquêtes dont il est question.

Dans ce document, les enquêtes transversales sont présentées d'abord par pays. Il nous a semblé intéressant de comparer les enquêtes générales entre les pays, qui en ont tous réalisés au moins une. Il nous a semblé également intéressant de faire le bilan des enquêtes thématiques par pays, ce qui révèle l'importance accordée à des problèmes ou des phénomènes particuliers dans les diverses sociétés. La présentation des enquêtes par pays permet également d'observer comment les organismes nationaux se partagent les responsabilités des enquêtes, si des méthodes semblables ou diversifiées sont utilisées dans un pays, si les enquêtes sur divers thèmes sont reliées par un même programme, etc.

La section 7 comprend un tableau synthétique des enquêtes par pays et par thème ou population. Cela permet d'avoir une vue d'ensemble du nombre d'enquêtes et des principaux thèmes couverts, à la fois dans les enquêtes transversales et longitudinales.

2.4 Critères retenus pour l'analyse

La qualité des enquêtes a été considérée comme un postulat étant donné la reconnaissance des organismes producteurs. Des faiblesses méthodologiques sont cependant soulignées à l'occasion selon la disponibilité de ces renseignements.

Les éléments suivants ont été examinés : la population cible, la taille de l'échantillon, le taux de réponse, la représentativité territoriale, la périodicité, la durée (enquêtes longitudinales), le mode et les instruments de collecte, divers éléments des méthodes (base de sondage, durée de l'entrevue, collecte auprès d'un tiers) et

finalement les thèmes couverts. Ces éléments sont décrits dans les sections 4 à 6. Il n'était pas envisageable d'examiner en détail les questionnaires et les indicateurs pour un aussi grand nombre d'enquêtes et de sujets.

La synthèse de ces éléments a été faite dans la perspective de dégager les tendances internationales et les avenues nouvelles pour le Québec. La comparaison d'enquêtes entre les divers pays permet de mettre en lumière les méthodes ou stratégies qui semblent les plus pertinentes; celles-ci sont discutées dans les sections 7 et 8.

3. Pays et organismes : survol

3.1 Mission et historique des organismes internationaux

La recension des enquêtes menées par cinq organismes internationaux est l'un des objectifs de ce projet. Or, quatre des organismes proposés initialement se sont avérés non producteurs de statistiques à partir d'enquêtes. C'est le cas de l'OCDE, l'UNESCO, l'UIPES, l'UNRIDS et d'Eurostat. De fait, seule l'Organisation mondiale de la Santé mène des enquêtes. À cause de leur rôle, cette section présente une description de l'OMS et l'OCDE, les autres organismes étant présentés à l'annexe B.

- *Organisation mondiale de la Santé*

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), institution spécialisée des Nations Unies dans la santé, a été fondée en 1948. Comme il est précisé dans sa constitution, l'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Sa constitution propose une définition large de la santé : il s'agit d'un état de bien-être physique, mental et social complet et non seulement d'une absence de maladie ou d'infirmité. L'OMS est dirigée par les 192 États membres réunis à l'Assemblée mondiale de la Santé. Les pays membres sont regroupés en quatre régions : la région européenne, la région des Amériques, la région de l'Asie du Sud-Est et Région du Pacifique occidental, la région de la Méditerranée orientale et la région africaine².

La présente recension compte trois enquêtes ou groupes d'enquêtes où l'OMS est identifiée comme organisme responsable : la Health Behaviour in School-aged Children, la World Health Survey et la World Mental Health Survey Initiative.

- *Organisation de coopération et de développement économiques*

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) regroupe 30 pays membres, tous attachés à la démocratie et à l'économie de marché. Elle est renommée pour ses publications, ses statistiques et ses études par pays. Ses travaux couvrent tout le champ économique et social. Parmi les thèmes couverts on retrouve : l'éducation, l'emploi, l'environnement, les questions sociales, la santé et le vieillissement démographique. L'amélioration de la santé est une des grandes préoccupations de l'OCDE car elle peut contribuer à accélérer la croissance économique et à renforcer le bien-être.

L'OCDE fait régulièrement des études comparatives sur la santé dans ses pays membres. Elle recueille un vaste ensemble de données sur l'état de santé et les systèmes de soins de santé dans les pays membres, mais il s'agit de données d'enquêtes ou de données administratives existantes. Elle élabore aussi des lignes directrices sur les dépenses de santé. Ses travaux de fond portent essentiellement sur la performance des systèmes de santé des pays

2. Site de l'OMS : www.who.int/fr À propos de l'OMS

de l'OCDE et sur les causes des écarts observés. L'organisme analyse l'organisation et la gestion des systèmes de santé et la performance au regard des objectifs d'efficience et d'équité. Il étudie aussi les conséquences du vieillissement pour les systèmes de santé et la façon de mieux organiser les services à long terme.

3.2 Pays et producteurs de statistiques

- *Caractéristiques des pays*

Avant de présenter les producteurs de statistiques nationales, voici quelques données de base concernant la population, son état de santé ainsi que le système de santé de chacun des pays. Les indicateurs présentés au tableau 1 ont pour but d'offrir une mise en perspective des choix concernant la réalisation des enquêtes. Par exemple, un pays plus peuplé pourrait réaliser des enquêtes de plus grande envergure; ou encore, un pays investissant davantage dans les soins de santé aurait intérêt à réaliser des enquêtes sur ce thème.

Les États-Unis sont de loin le pays le plus peuplé. La France et le Royaume-Uni précèdent le Canada à ce titre (30M incluant le Québec) alors que le Québec se situe entre l'Australie et la Nouvelle-Zélande. La France et le Royaume-Uni se distinguent par une population plus âgée; les personnes de 60 ans ou plus y comptent pour 20,5 % et 20,9 % respectivement, contre 15,5 % en Nouvelle-Zélande. Le Québec, lui, se distingue par le taux de fécondité le plus faible avec le Canada; les États-Unis et la Nouvelle-Zélande ont les taux les plus élevés.

Pour ce qui est de l'état de santé, l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), un indicateur global, est particulièrement élevée chez les femmes en France, et faible chez les hommes aux États-Unis. En Australie, hommes et femmes ont une EVCI assez élevée contrairement à la Nouvelle-Zélande où elle est la plus faible.

Le Canada ne se démarque pas en ce qui concerne les dépenses de santé, se situant plutôt dans la moyenne selon les indicateurs choisis. Les États-Unis dépensent le plus pour la santé, soit 13,2 % de leur PIB; le Royaume-Uni dépense le moins, suivi de près par la Nouvelle-Zélande. À l'opposé des dépenses totales de santé, élevées, les dépenses publiques des États-Unis comptent pour 44,2 % seulement de ces dépenses. On observe le contraire au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. Globalement, les États-Unis se distinguent à la fois par des dépenses totales élevées en fonction du PIB, des dépenses élevées par habitant mais une part faible des dépenses publiques par rapport au total. La France a aussi des dépenses élevées par habitant – sans les autres caractéristiques observées aux États-Unis.

Les pays à l'étude se caractérisent également par leur type de financement et de distribution de services de santé. Un premier type, le type public intégré, regroupe l'Australie et la Nouvelle-Zélande. L'offre de soins est financée par le budget public et les fonctions d'assurance et de distribution de soins sont intégrées au gouvernement. Le salariat des médecins ne les empêche pas d'offrir aussi des services au secteur privé. Avec ce système, il est relativement plus facile d'assurer une couverture complète de la population de même que de contrôler les coûts. Cependant, ce type de fonctionnement comporte moins d'incitatifs au rendement, à la qualité et à la réponse aux besoins des patients.

Tableau 1

Indicateurs relatifs à la population, à l'état de santé et au système de santé par pays

	Québec ¹	Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni	Australie	N-Zélande
Population (M) (1999) ²	7,4	30	280	59	59	19	3,8
Taux de fécondité (1999) ²	1,5	1,6	2,0	1,7	1,7	1,8	2,0
% population de 60 ans et plus (1999) ³	17,9 %	16,7 %	16,4 %	20,5 %	20,9 %	16,1 %	15,5 %
Espérance de vie corrigée de l'incapacité (1999) ³							
Hommes	n.d.	70,0	67,5	69,3	69,7	70,8	67,1
Femmes	n.d.	74,0	72,6	76,9	73,7	75,5	71,2
Dépenses totales de santé en % du PIB (2000) ⁴	9,6 %	9,2 %	13,2	9,4 %	7,3 %	9,2 %	8,0 %
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé (2000) ⁴	n.d.	70,9 %	44,2 %	75,8	80,9	68,9	78,0 %
Dépenses publiques de santé/habitant en \$ internationaux (1997) ³	n.d.	1 322	1 643	1 634	1 156	1 153	999
Type de financement et distribution de services ⁴	Contrat public	Contrat public	Assurance et fournisseur privés	Contrat public	Contrat public	Public intégré	Public intégré

1. Les données démographiques du Québec datent de 2000 à 2002. Source : Institut de la statistique du Québec. *Le Québec chiffres en main*, édition 2004, 47 p. Les dépenses totales de santé en % du PIB datent de 1999. Source : Polton D. (2002). « Quel système de santé à l'horizon 2000? Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français », *Santé, Société et Solidarité. Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, n° 1, p. 17-27.
2. OCDE (2005). Total Population for OECD Countries, Statistiques de la Population Active, 2 p. [En ligne] page consultée le 13 septembre 2006 http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,2647,en_2825_494553_1_1_1_1_1,00.html
3. Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, 237 p.
4. Docteur E. and H. Oxley (2003). *Health-Care Systems : Lessons from the Reform Experience*, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)9, 97 p. [En ligne] page consultée le 16 novembre 2005 <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>

Au Canada (et au Québec), en France et au Royaume-Uni, le système de santé fonctionne sous la forme d'un contrat public (Docteur et Oxley, 2003). Le financement est public et centralisé et les fournisseurs comme les médecins et les hôpitaux, relativement indépendants, sont liés par un contrat de services afin de limiter les coûts administratifs. Les cliniques et les hôpitaux sont habituellement à but non lucratif. Au Canada, en France (99,9 %) et au Royaume-Uni, toute la population est couverte par un régime public d'assurances. Ce système est généralement plus adapté aux besoins du patient que le système public intégré, tout en étant moins apte à contrôler les coûts de la santé. Des mesures de contrôle et de régulation de la part des autorités publiques sont donc nécessaires. On observe tout de même des variations à l'intérieur de ce type de financement. Ainsi, au Royaume-Uni le financement est dominé par l'impôt alors qu'en France, les caisses d'assurance maladie sont la principale source et le patient participe aussi directement. En France, les relations entre les caisses d'assurance maladie et le système public de santé sont en évolution et ont connu ces dernières années des phases de conflits (Sandier et autres, 2004). La couverture et l'accès aux soins semblent moins complets en France qu'au Canada et au Royaume-Uni (Jakubowski, non daté; Polton, 2002); cependant, des lois successives – dont celle, récente, créant la couverture maladie universelle – y ont assoupli les conditions d'accès à l'assurance obligatoire (Sandier et autres, 2004). Au Royaume-Uni, les médecins dans les hôpitaux sont salariés. En 1991, les hôpitaux publics

ont été transformés en établissements autonomes (*trusts*), créant un marché interne au sein du système national de santé, une expérience récente dont l'évaluation est attendue (Jakubowski, non daté). Le Québec est tributaire du partage des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provincial et le financement est partagé entre ces deux instances.

Aux États-Unis, le système de santé est financé par des assurances privées et les fournisseurs sont également privés. Seulement 25 % de la population est couverte par un régime public d'assurances. L'assurance est volontaire mais peut ne pas être accessible à certains groupes de population. Le système répond bien aux demandes individuelles mais le contrôle des coûts est plus difficile, l'offre privée de soins favorisant le profit. Au cours des années 1990, la planification des soins avec incitatifs à un plus grand volume et au contrôle des prix s'est répandue. Les assureurs établissent des contrats avec des fournisseurs compétitifs ce qui restreint les choix du patient.

- *Producteurs de statistiques au Canada*

Au Canada, la majorité des enquêtes de santé auprès de la population sont réalisées par Statistique Canada. Santé Canada – qui relève du ministère fédéral de la Santé – est un autre acteur important. Statistique Canada et Santé Canada se partagent le champ des enquêtes de santé, sans que leurs champs respectifs soient clairement définis. Le premier de ces organismes couvre cependant un éventail plus large de thèmes d'enquêtes. Créée récemment et relevant du ministère de la Santé, l'Agence de santé publique du Canada est appelée à travailler étroitement avec les provinces et territoires à renouveler le système de santé publique et à soutenir un système de soins de santé durable; elle est partenaire dans certaines enquêtes canadiennes.

Plusieurs autres organismes réalisent un petit nombre d'enquêtes nationales. L'Association médicale canadienne, qui représente professionnellement les médecins, a mené quelques enquêtes sur les soins de santé. L'Organisation nationale de la santé autochtone, administrée par les Autochtones, s'est donné comme mandat d'améliorer et de promouvoir la santé de ces peuples. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale est le plus grand établissement canadien voué aux soins et à la recherche en santé mentale et en toxicomanie; il est affilié à l'Université de Toronto. Notons la participation de l'Université d'Ottawa et celle du Manitoba dans la réalisation d'enquêtes longitudinales. Les autres organismes sont des instituts de recherche. D'abord, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme autonome et sans but lucratif de liaison entre acteurs de la santé, que ce soit les gouvernements provinciaux, les instances régionales de la santé, les hôpitaux, les chercheurs ou les associations professionnelles, réalise à l'occasion des études. L'Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie est un organisme de recherche appliquée sans but lucratif financé par Santé Canada, qui a pour mission d'améliorer le bien-être des Canadiens par la recherche d'un mode de vie physiquement actif. Il réalise des enquêtes depuis 1981. Enfin, le Conseil canadien des aliments et de la nutrition est né en 2004 de la fusion de l'Institut national de la nutrition et du Conseil canadien de l'information sur les aliments. Il souhaite jouer un rôle

de catalyseur sur le plan de l'amélioration de la santé nutritionnelle et du mieux-être des Canadiens, en se penchant sur les politiques de nutrition et les communications relatives aux questions cruciales sur la nutrition et l'alimentation. Il est responsable d'une série d'enquêtes amorcée en 1989 par l'Institut national de la nutrition.

Au Québec, l'Institut de la statistique du Québec a réalisé environ la moitié des enquêtes représentatives de la population. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'est également impliqué de même que la Société de l'assurance automobile du Québec et, pour les enquêtes de santé dentaire, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Dans les autres provinces canadiennes, les organismes impliqués sont variés : ministères de la Santé, centres de recherche, Commission sur l'abus d'alcool et de drogues (Alberta). Plus spécifiquement en Ontario ce sont le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'Association des hôpitaux, Action Cancer Ontario, etc.

- *Producteurs de statistiques aux États-Unis*

Aux États-Unis, les statistiques relatives à la santé relèvent en grande partie d'un ministère, le Department of Health and Human Services (DHHS). Les composantes de ce dernier sont plus directement impliquées : les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), les National Institutes of Health (NIH) et la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Le CDC comprend à son tour deux centres réalisant des enquêtes : le National Center for Health Statistics (NCHS) et le National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). La majorité des enquêtes répertoriées entre 1995 et 2004 ont été réalisées par le NCHS : elles concernent l'état de santé (asthme, immunisation, santé des jeunes enfants) et les soins de santé (soins hospitaliers, ambulatoires, chirurgie ambulatoire, soins à domicile ou en résidence) de même que des thèmes comme la nutrition, l'incapacité ou la croissance des familles (contrôle des naissances). La plupart des enquêtes menées dans les écoles ou collèges et concernant les politiques ou programmes de santé ou les comportements à risque sont réalisées par le NCCDPHP.

La santé des anciens combattants est sous la responsabilité du ministère qui les concerne directement (Department of Veterans Affairs), plus particulièrement la Veterans Health Administration (VHA). Mise sur pied par le gouvernement américain, une commission nationale (National Gambling Impact Study Commission) est impliqué dans une enquête sur l'impact des jeux de hasard, commandée au Centre national de recherche sur l'opinion de l'Université de Chicago; la précédente avait été réalisée en 1975 par l'Institut de recherche sociale de l'Université du Michigan. Cette université, celle de Harvard et celle de la Caroline du Nord participent à des enquêtes longitudinales.

- *Producteurs de statistiques en France*

En France, la réalisation des enquêtes de santé est particulièrement décentralisée. Un bon nombre d'organismes mènent en effet des enquêtes à portée nationale, parmi lesquels les instances liées à l'État sont prédominantes; les milieux universitaire et privé sont aussi impliqués. Font partie intégrante de ministères : la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) qui relève du ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement; la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui fait partie également de ce ministère et de celui de la Santé et des Solidarités. Le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Recherche a participé à au moins une enquête.

La France compte plusieurs instituts publics voués à divers aspects de la santé : l'Institut de veille sanitaire (relevant des ministères de la Santé et des Solidarités et de la Famille); l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui s'intéresse aux droits des malades et à la qualité du système de santé; et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (relevant du ministère de la Santé et de celui de la Recherche) s'intéressant à la recherche fondamentale et clinique et à la santé publique. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) analyse, sous divers angles, les comportements des consommateurs et producteurs de soins de santé, à partir de ses propres enquêtes ou d'enquêtes réalisées par d'autres. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) réalise l'enquête décennale de santé (Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux) ainsi que l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages qui comporte un volet santé. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, sous la triple tutelle des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, évalue les risques sanitaires liés à l'alimentation des hommes et des animaux. L'Observatoire français des drogues et toxicomanies est un service public qui évalue l'action publique en la matière. Le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (CES) est une association privée mais financée par la Caisse nationale d'assurance maladie; il vise à faire des CES un lieu de connaissance de l'état de santé de la population et un outil de référence en prévention auprès des professionnels. Le milieu universitaire, plus précisément le Laboratoire Espace Santé et Territoire de l'Université Paris X, s'est impliqué dans une enquête répétée au début de la période considérée; cette enquête a été remplacée par une enquête de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies. L'Institut Roche est un important laboratoire pharmaceutique; il réalise une enquête répétée en collaboration avec l'INSERM.

- *Producteurs de statistiques au Royaume-Uni*

Au Royaume-Uni, le Department of Health et l'Office for National Statistics (ONS) se partagent les enquêtes thématiques sur les comportements à risque alors que les enquêtes touchant plus directement la santé ainsi que la qualité des soins sont sous la responsabilité de l'ONS à l'exception d'une, réalisée par le National Centre for Social Research (NCSR). Les enquêtes générales sont menées par le Department of Health, pour le Royaume-Uni; les autres enquêtes des divisions du Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles) le sont par le NCSR. La Healthcare Commission est un nouvel intervenant dans le domaine des enquêtes nationales depuis 2003.

Il s'agit d'un organisme indépendant créé légalement en vue de promouvoir et d'améliorer la santé publique et la qualité des soins de santé. Plusieurs enquêtes réalisées par le ministère de la Santé le seront à l'avenir par cette commission. L'Université d'Essex, le Medical Research Council et le Centre for Longitudinal Studies réalisent des enquêtes longitudinales. Certaines enquêtes sont le fruit de la collaboration de plusieurs organismes; diverses stratégies sont utilisées selon les thèmes ou les organismes responsables des enquêtes.

- *Producteurs de statistiques en Australie et en Nouvelle-Zélande*

En Australie les enquêtes transversales recensées ont été réalisées par l'Australian Bureau of Statistics. Les enquêtes longitudinales l'ont été par le Centre for Ageing Studies, l'Université de Newcastle, l'Australian Institute of Family Studies, le Department of Family and Community Services en collaboration avec le milieu universitaire ou l'Université nationale d'Australie. En Nouvelle-Zélande, deux organismes se partagent les enquêtes de santé : le New Zealand Health Information Service et le ministère de la Santé.

Partie 1

Description des enquêtes

4. Enquêtes transversales générales

On entend par enquêtes générales celles qui portent sur un ensemble varié de thèmes liés à la santé de la population. Cette section porte uniquement sur les enquêtes transversales. La plupart des enquêtes présentées ici sont faites auprès de la population vivant en ménage privé (à domicile) uniquement. Certaines d'entre elles comprennent également un volet sur la population vivant en établissements de soins de santé, volet qui sera alors discuté. Nous traitons à la section 4.1 des enquêtes qui portent sur la population de tous âges ou sur une portion importante de la population, comme l'ensemble de la population adulte. Les enquêtes touchent des populations spécifiques (par exemple les enfants) sont présentées à la section 4.2.

4.1 Enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population

Le tableau 2 présente les enquêtes générales transversales recensées au cours de la période 1995-2005 par pays ou territoire; il comprend également des enquêtes internationales.

Cette section présente pour chacun des pays, en commençant par le Canada, une description de ces enquêtes. Le tableau C.1 (à l'annexe C) fournit l'information détaillée qui a permis de réaliser cette description. Il apporte des renseignements sur les paramètres suivants : l'organisme qui a réalisé l'enquête, la périodicité de l'enquête, la représentativité territoriale, la population cible, la taille d'échantillon, le taux de réponse, le mode et les instruments de collecte, la méthodologie et les thèmes généraux abordés dans l'enquête.

- *Canada*

La première enquête populationnelle sur la santé de la population canadienne, l'Enquête sur la maladie au Canada, a été conduite en 1950-1951. Le type d'information recueillie dans les enquêtes a changé avec le temps; à l'origine, l'attention était portée sur l'utilisation des soins de santé, l'état de santé et quelques comportements à risque, puis le champ d'étude s'est élargi pour couvrir un éventail plus vaste de déterminants de la santé après la publication du rapport Lalonde en 1974 (Kendall et al., 1997). Une recension de l'ensemble des enquêtes canadiennes (longitudinales ou transversales, générales ou spécifiques) effectuée entre 1950 et 1997 témoigne de cette évolution (Kendall et al., 1997).

Les enquêtes générales de santé effectuées au Canada entre 1995 et 2005 comprennent d'abord **l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)**. Mentionnons que **l'Enquête sociale générale (ESG)**, qui a débuté en 1985, est une enquête annuelle dont le contenu varie à chaque année et est repris cycliquement à tous les cinq ans. Cette enquête aborde tour à tour des thématiques sociales ou de santé. Les cycles 1 et 6 de cette enquête, qui ont eu lieu respectivement en 1985 et en 1991, ont porté sur divers aspects de la santé et peuvent être considérés comme des enquêtes générales de santé. Toutefois, ces cycles sur la santé ont été abandonnés par la suite au profit d'une autre thématique, en raison de l'arrivée en 1994 de l'ENSP. À cause de la nature

des thèmes abordés par cette enquête au cours de la période étudiée (1995-2005)³, la description de l'ESG est présentée dans la section des enquêtes thématiques (section 5).

Tableau 2

Sommaire des enquêtes transversales générales auprès de la population par pays ou territoire, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Année
Canada	Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)	1994-1995, 1996-1997, 1998-1999
Canada	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	2000-2001, 2003, 2005
Québec	Enquête sociale et de santé 1998 (ESS)	1987, 1992-1993, 1998
Ontario	Ontario Health Survey (OHS) (suréchantillon de l'ENSP) 1996-1997	1996-1997
Manitoba	Suréchantillon de l'ENSP	1996-1997
Alberta	Suréchantillon de l'ENSP	1996-1997
Nouvelle-Écosse	Nova Scotia Health Survey 1995	1995
États-Unis	National Health Interview Survey (NHIS)	1995 à 2005 (annuelle)
États-Unis	State and Local Area Integrated Telephone Survey (SLAITS) ¹	2000, 2002, 2003, 2004, 2005
États-Unis	Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)	1995 à 2004 (annuelle)
France	Baromètre Santé 2000	2000
France	Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux	2002-2003
France	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) – Volet Santé	1999, 2001
France	Enquête Santé et Protection sociale (ESPS)	Annuelle de 1988 à 1998, 2000, 2002, 2004, 2006
Grande-Bretagne	General Household Survey (GHS)	Continue de 1995-1996 à 2003-2004 (sauf en 1997-1998 et 1999-2000)
Angleterre	Health Survey for England (HSE)	1995 à 2003 (annuelle)
Écosse	Scottish Health Survey	1995, 1998, 2001
Pays de Galles	Health in Wales Survey	1996
Pays de Galles	Welsh Health Survey	1995, 1998, 2003-2005
Australie	National Health Survey (NHS – G)	1997, 2001, 2004-2005
Nouvelle-Zélande	New Zealand Health Survey	1996-1997, 2002-2003
Internationale	World Health Survey (WHS)	2002
Internationale	Enquête conjointe Canada / États-Unis sur la santé (ECCES)	2002-2003

1. La SLAITS est un programme d'enquêtes qui, au cours de la période étudiée, a donné lieu à des enquêtes portant sur des thèmes ou des populations spécifiques.

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.1 en annexe.

L'Enquête nationale sur la santé de la population, entreprise en 1994, comprend plusieurs volets : le volet ménages, le volet établissements de soins de santé et le volet Nord⁴. Le volet ménages a débuté en 1994-1995 et se poursuit à intervalles de deux ans. Cette enquête, maintenant longitudinale, visait également à fournir des estimations transversales. Ainsi, les trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999) étaient à la fois longitudinaux et transversaux. À partir du cycle 4 (2000-2001), le volet ménages est devenu strictement

3. En 1995 (cycle 10) l'ESG a porté sur la famille; en 1996 (cycle 11), sur l'entraide et le soutien social; en 1998 (cycle 12), sur l'emploi du temps; en 1999 (cycle 13), sur la victimisation; en 2000 (cycle 14), sur l'utilisation des technologies de l'information; en 2001 (cycle 15), sur la famille; en 2002 (cycle 16), sur le soutien social et le vieillissement; en 2003 (cycle 17), sur l'engagement social, en 2004 (cycle 18), sur la victimisation; et en 2005 sur l'emploi du temps.
4. Pour ce volet, voir la section 4.2.

longitudinal et la composante transversale a été reprise par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (voir plus loin). La méthodologie de l'ENSP (volets ménages et établissements de soins de santé) est présentée en détails dans la section consacrée aux enquêtes longitudinales (section 6 et tableau C.10) de ce rapport. L'échantillon transversal est composé des membres de l'échantillon longitudinal auxquels ont été ajoutés deux échantillons de remise à niveau pour le cycle 3. Ces échantillons de remise à niveau visent à rendre l'échantillon transversal représentatif en y ajoutant des individus qui ne faisaient pas partie de la population en 1994-1995 (enfants nés entre 1995 et 1998 et nouveaux immigrants) et à compenser pour l'érosion de l'échantillon. Notons que certaines provinces (Ontario, Manitoba et Alberta) ont augmenté la taille de leur échantillon à l'occasion de l'ENSP de 1996, de manière à recueillir de l'information au niveau provincial (voir l'Ontario Health Survey 1996-1997).

Le volet établissements de soins de santé de l'ENSP a aussi débuté en 1994-1995 et se poursuit à intervalles de deux ans depuis. Les deux premiers cycles de l'enquête ont été à la fois transversaux et longitudinaux. À compter du cycle 3 (1998-1999), le volet établissements de soins de santé est devenu strictement longitudinal.

Soulignons que l'ENSP a repris le contenu de l'Enquête sur la promotion de la santé qui avait été menée en 1985 et en 1990. Celle-ci avait pour objectif de recueillir les données, au niveau provincial et national, sur les connaissances, les attitudes, les croyances, les intentions et les comportements des adultes relativement à une variété de questions touchant la promotion de la santé.

En 2000, l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)** prenait le relais comme étant la grande enquête générale de santé dans les ménages privés au Canada. Cette enquête a marqué un tournant dans la collecte de renseignements sur la santé au Canada. Pour la première fois, il était possible de comparer les caractéristiques de la population au niveau infra-provincial (136 régions) dans chaque province et territoire au Canada (Béland, 2002). Par son information au niveau des régions sociosanitaires, l'ESCC venait remplacer au Québec l'Enquête sociale et de santé (ESS) qui avait permis de suivre l'évolution des indicateurs de santé par des enquêtes répétées aux cinq ans depuis 1987, et ce, tant au niveau régional que provincial. L'ESCC est depuis effectuée aux deux ans en alternance avec une enquête thématique (voir section 5.1). Mentionnons cependant qu'une partie seulement du contenu de l'enquête (10 minutes sur un total d'environ 45 minutes) représente un contenu optionnel choisi par les régions concernées, la majorité étant un contenu commun à l'ensemble du Canada. Notons qu'au Québec, en 2003 et 2005, six régions sociosanitaires ont fait l'achat de sur-échantillons (soit en 2003, soit en 2005) afin de disposer de données au niveau sous-régional (CLSC). Au Québec, les populations des Terres-Cries-de-la-Baie-James et celles du Nunavik sont exclues de l'enquête. Toutefois, en 2003 les Terres-Cries-de-la-Baie-James ont été représentées grâce à l'achat d'un échantillon. Sur le plan de la méthodologie, l'ESCC se démarque de l'ESS : elle porte sur la population à domicile de 12 ans et plus alors que l'ESS porte sur la population de tous âges. La collecte de l'ESCC qui était faite surtout en face-à-face lors de sa

première édition (2000-2001) est passée principalement au mode téléphonique : 70 % des entrevues ayant été réalisées au téléphone en 2003 au Canada. La base de sondage utilise à la fois une base aréolaire et deux bases téléphoniques – GANT ou Génération Aléatoire de Numéros de Téléphones⁵ et une base liste principalement –, ce qui permet une meilleure couverture que les bases téléphoniques seules. À partir de 2007, la collecte de l'enquête générale portera sur une période de deux ans.

Au Québec, l'**Enquête sociale et de santé (ESS)** menée en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec faisait suite à l'Enquête Santé Québec 1987⁶ et à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Ces enquêtes ont une méthodologie commune et visaient à assurer le suivi dans le temps d'un grand nombre d'indicateurs de l'état de santé, de ses déterminants et du bien-être de la population québécoise. L'enquête est représentative de la population québécoise de tous âges vivant en ménage privé (à l'exclusion des réserves indiennes) et de 16 régions sociosanitaires. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues réalisées en face-à-face auprès d'un répondant par ménage; ces entrevues portaient sur l'ensemble des membres du ménage. De plus, un questionnaire autoadministré étaient rempli par chacune des personnes de 15 ans et plus du ménage. Soulignons qu'une énumération préalable des logements privés servait à constituer la base de sondage. De plus, la collecte était étalée sur une période d'un an (en quatre vagues) afin de contrer l'effet des variations saisonnières. L'ESS de 1998 a eu plusieurs enquêtes satellites qui sont présentées dans la section consacrée aux enquêtes thématiques (section 5.1).

L'Ontario a également mené une enquête générale de santé en 1996-1997, l'**Ontario Health Survey**, enquête qui était, comme nous l'avons vu précédemment, un sur-échantillon de l'ENSP de 1996. Cette enquête a également permis une représentativité au niveau infra-provincial, soit pour 23 régions ou groupes de régions socio-sanitaires. Une enquête générale avait également été réalisée dans cette province en 1990. L'enquête qui bénéficie d'un échantillon assez large (37 000 répondants) porte uniquement sur la population de 12 ans et plus et est effectuée au téléphone avec GANT. On ne dispose que de peu d'information sur les sur-échantillons de l'ENSP pour le Manitoba et l'Alberta.

La Nouvelle-Écosse a également fait en 1995 une enquête générale de santé auprès de sa population adulte uniquement (18 ans et plus), la **Nova Scotia Health Survey**. Cette enquête à portée provinciale comportait, outre les aspects généraux, un contenu spécialisé sur les maladies cardiovasculaires et se voulait en partie une reprise d'une enquête sur la santé cardiovasculaire faite en 1986 dans cette province. La collecte, faite par des infirmières, incluait des mesures physiques et des prises de sang.

5. GANT est l'équivalent français de Random Digital Dialing (RDD).

6. Santé Québec a été intégré à l'Institut de la statistique du Québec en 1999.

- *États-Unis*

Aux États-Unis, la **National Health Interview Survey (NHIS)** est la principale source d'information sur la santé de la population non institutionnalisée. C'est en fait la plus grande enquête américaine effectuée en face-à-face. Elle est menée chaque année depuis 1957 par le National Center for Health Statistics (NCHS). Le contenu de son questionnaire principal (*Core Questionnaire*) reste assez inchangé d'année en année. Il est révisé tous les 10 ou 15 ans et la dernière révision majeure date de 1997. On remarquera que cette enquête n'est pas représentative au niveau des états américains, mais uniquement au niveau fédéral et pour quatre grandes régions (Nord-est, *Midwest*, Sud, Ouest) ; dans ces grandes régions, on peut distinguer les régions métropolitaines des autres et certaines grandes régions métropolitaines. La construction de l'échantillon a cependant été revue afin de faciliter à l'avenir les estimations au niveau des états et l'échantillon a été partitionné (en quatre panels) afin de pouvoir servir de base à d'autres enquêtes sans chevauchement des échantillons⁷.

L'enquête comprend, outre le module de base, des modules périodiques et spécifiques qui permettent d'approfondir des sujets d'intérêt en santé publique⁸.

L'enquête **SLAITS (State and Local Area Integrated Telephone Survey)** a pour but de compléter l'information fournie par les grandes enquêtes nationales sur la santé (NHIS et Medical Expenditure Panel Survey) en recueillant des données au niveau des états américains et au niveau local. Cette enquête du NCHS permet aussi d'examiner des problèmes de santé émergents ou de cibler des sous-populations spécifiques. La SLAITS n'est pas à proprement parler une enquête générale, mais plutôt un mécanisme novateur d'enquêtes qui a démarré en 2000. Elle se veut un véhicule souple, multifonctionnel et rapide pour répondre sur mesure aux besoins d'information régionale. Les nombreux appels téléphoniques (environ un million) faits annuellement pour la NIS (National Immunization Survey) fournissent une base de sondage peu coûteuse pour sélectionner les échantillons désirés selon le sujet de l'enquête ou la sous-population visée (la NIS couvre les états américains et 28 grandes agglomérations urbaines).

Les questions sont reprises de grandes enquêtes nationales pour fins de comparaisons. Entre 1997 et 2000, trois études pilotes ont été réalisées dans un ou deux états. Depuis 2000, la SLAITS a été utilisée pour réaliser la

7. L'échantillon pour la période de dix ans (1994-2004) a été divisé en sous-échantillons assignés à la collecte pour chaque année de 1995 à 2004, échantillon qui est ensuite assigné par trimestre et par semaine pour l'étalement de la collecte. L'échantillon est divisé en quatre panels (sous-échantillons) qui peuvent être utilisés pour d'autres enquêtes sans chevauchement des échantillons. Jusqu'en 1994, l'échantillon était réutilisé pour des études sur des sous-populations (ex. National Survey of Family Growth, National Health Interview Survey on Disability 1994-95, 1996 Medical Expenditure Panel Survey).

8. En 1995-1996, les instruments avaient trois composantes : 1) le noyau de base en santé (*basic health*) et démographie; 2) une liste de problèmes de santé (six listes de problèmes différents assignées aléatoirement aux ménages) – ensemble ces deux composantes portent sur les problèmes aigus et chroniques, le recours aux soins de santé (visites et hospitalisations) et les limitations d'activités ; et 3) un questionnaire supplémentaire (sujet spécifique en santé) (par ex. : dans les années 90 : Health Insurance and access to health care, National Health Interview Survey on Disability 1994-95, Family Resources, Childhood Immunization). À partir de 1997, le questionnaire a trois modules (module de base, module périodique, module spécifique).

National Survey of Early Childhood Health en 2000⁹, la National Survey of Children with Special Health Care Needs (2000-2002 et 2005-2006)¹⁰, la National Survey of Children's Health (2003)¹¹ et la National Asthma Survey (2003)¹². L'enquête inclut certaines questions du NHIS et utilise les données du NHIS sur les ménages avec ou sans téléphone pour ajuster les estimations pour la non-couverture des ménages sans téléphone. La SLAITS présente l'avantage d'être administrée de façon centralisée par le NCHS, ce qui favorise la qualité des estimations au niveau national et au niveau de chaque état.

Le **Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)** est un autre programme d'enquêtes qui vise à fournir de l'information au niveau des états américains. Ayant débuté en 1984 avec une dizaine d'états américains, cette enquête les couvre tous depuis 1999. Hormis peut-être la SLAITS, c'est la plus grande enquête téléphonique sur la santé au monde avec quelque 150 000 entrevues faites de façon continue sur l'année, soit environ 4 000 par état (la taille des échantillons varie beaucoup selon les états) afin de permettre des estimations par état et au niveau régional dans certains états. Bien qu'elle vise expressément à assurer la surveillance des comportements liés à la santé, et ce, uniquement chez les adultes, on peut considérer ce programme d'enquêtes comme une enquête générale en raison de l'étendue des thèmes qui y sont abordés (tableau C.1). L'enquête est coordonnée par le Center for Disease Control and Prevention (CDC), mais la collecte est assurée par les départements de santé de chaque état. De fait, le rôle du CDC consiste à construire l'échantillon, à faire le traitement des données qui seront analysées par eux et par les états et à fournir un soutien méthodologique et technique. Le partage des responsabilités entre le niveau fédéral et celui des états n'est pas sans difficultés ou tensions mais la formule présente des avantages reconnus; la Chine et le Mexique ont d'ailleurs adopté ce modèle d'enquête (Nelson, 2001).

La collecte est faite dans chacun des états (soit par des ressources internes ou par des firmes) à partir d'un protocole établi par le CDC qui vise à assurer la qualité de la collecte. Le contenu de l'enquête élaboré annuellement comprend un contenu commun à tous les états qui permet les comparaisons au niveau national (le *Core Component* comprenant un contenu fixe, des sujets en rotation et des sujets émergents), un choix de modules optionnels (en 2004, les états pouvaient choisir entre 20 sujets, par ex. : les maladies cardiovasculaires; le module étant pris en bloc) et un bloc de questions au choix de chacun des états. Il est à noter que pour garder la durée d'entrevue dans des limites de moins de 20 minutes, l'enquête a recours aux échantillons séparés (*split-sample* : les questions étant différentes dans les sous-échantillons) et à la rotation de certains sujets aux deux ans. Environ 40 % des états américains ont stratifié leur échantillon pour pouvoir disposer de données au niveau local. Une des critiques souvent formulées à propos de cette enquête est la difficulté pour le CDC de s'assurer que tous les états se conforment aux standards de qualité pour la collecte des données puisque celle-ci est décentralisée et

9. Cette enquête est décrite dans la section 5.2 portant sur les enquêtes thématiques.

10. Cette enquête est décrite dans la section 5.2 portant sur les enquêtes thématiques.

11. Cette enquête est décrite dans la section 4.2 portant sur les enquêtes générales auprès de populations spécifiques.

12. Cette enquête est décrite dans la section 5.2 portant sur les enquêtes thématiques.

que cela entraverait la possibilité d'agglomérer les données au niveau national. Le CDC considère cependant que ces difficultés sont adéquatement gérées (Nelson, 2001).

Par ailleurs, tant pour la SLAITS que pour le BRFSS, les problèmes de non-couverture – parce que leur échantillonnage est basé sur l'utilisation du téléphone – et de non-réponse sont des enjeux majeurs. Dans certains états, les taux de réponse au BRFSS sont très bas (près de 50 %). Les deux enquêtes ont toutefois le potentiel d'utiliser la NHIS pour corriger pour la non-couverture, une procédure qui n'est cependant utilisée que pour la SLAITS. De tels biais réduisent la qualité et l'utilité des données au niveau régional et au niveau national, bien que ces dernières estimations soient un objectif secondaire de ces enquêtes (Lepkowski, 2001).

Outre ces deux grands programmes qui sont coordonnés ou administrés de façon centralisée, il existe de nombreuses enquêtes faites dans chacun des états, mais avec une qualité variable ; une compilation de celles-ci, si elle existe, n'est pas largement connue (Lepkowski, 2001). Un relevé de celles-ci dépasse de toute façon le cadre de cette recension.

- *France*

En France, l'**Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux** (Enquête décennale santé) de l'INSEE est la grande enquête de santé. Elle a été mise en place en 1960 et est réalisée, depuis, tous les dix ans. Elle a pour objectif principal d'estimer la consommation annuelle de soins de santé et de prévention de la population des ménages ordinaires résidant sur le territoire français (métropolitain) et d'y associer non seulement la morbidité déclarée prévalente, mais également la morbidité incidente ainsi que la santé perçue. Elle vise également à mettre en relation la consommation de soins avec l'état de santé des individus et les caractéristiques des individus et des ménages. En 2002-2003, l'enquête a élargi son contenu sur la santé et a adopté une batterie d'indicateurs retenus par l'Union européenne. Ceux-ci couvrent trois champs de la santé : la santé déclarée (santé perçue, maladies et limitations d'activités déclarées), le recours au système de soins de santé (hospitalisations, consultations, médication, dépistage de certains cancers féminins) et les habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation, activité physique et indice de masse corporelle). Ainsi, malgré son objectif à l'origine assez spécifique, l'enquête couvre désormais un ensemble de thèmes qui en font une enquête générale. Le principal défaut de cette enquête, du point de vue de la qualité, est certainement sa faible périodicité (tous les dix ans) (Barnay et autres, 2005a).

La stratégie de collecte retient l'attention. C'est une enquête faite en personne qui comporte trois visites de l'intervieweur. Dans l'enquête de 2002-2003, à la première visite de l'enquêteur, chaque adulte du ménage déclarait les maladies chroniques et autres maladies ou problèmes de santé dont il souffrait. Aux deux visites ultérieures, il déclarait les maladies et la consommation qu'il avait rapportées sur son carnet individuel de soins. Cette enquête comprend des extensions. 1) D'abord, un appariement a été effectué entre les données de l'enquête et les données individuelles du fichier SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance

Maladie). Pour ce faire, environ 66 % des répondants de l'enquête ont accepté de transmettre leur numéro d'identification au répertoire national. 2) Par ailleurs, à titre expérimental, on a proposé aux répondants de certaines régions de se soumettre à un examen médical dans un centre d'examen, dans le but de comparer la morbidité déclarée à la morbidité observée lors d'un examen de santé. La participation à cet examen a été cependant médiocre (54 % ont accepté mais il est probable que pas plus de 15 % l'ont réalisé). 3) Il est également envisagé de faire une demande pour constituer une cohorte à partir de l'enquête et suivre sur 20 ans la mortalité selon la cause. 4) La dernière extension est constituée des sur-échantillons régionaux achetés par cinq régions.

L'enquête **Baromètre santé** est également une enquête importante en France; elle a été mise en place en 1992. Il s'agit d'une enquête téléphonique. L'édition 2000 de l'enquête couvre à la fois les adultes et les jeunes (12-75 ans) et la taille de l'échantillon (environ 14 000 répondants) a été considérablement augmentée par rapport aux enquêtes antérieures. Cinq régions ont acheté des sur-échantillons (dont quatre uniquement pour la population des 12-25 ans). Les éditions précédentes de l'enquête portaient sur des thèmes ou des populations spécifiques (sections 4.2 et 5.3 de ce rapport) et visaient des échantillons beaucoup plus petits (environ 2 000 personnes). L'enquête Baromètre santé de 1995-1996 portait sur la population de 18 à 75 ans, mais ne disposait que d'un échantillon de 1 993 répondants. D'un point de vue méthodologique, cette enquête est critiquée en raison de sa base de sondage (l'annuaire téléphonique) et des biais qu'elle comporte : numéros non répertoriés, téléphones mobiles, probabilités de tirages non connues, quoique depuis 2004 une liste des téléphones mobiles est utilisée; de plus selon l'information disponible, il n'y aurait pas de traitement de la non-réponse (Barnay et autres, 2005a).

En France toujours, l'**Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV)** permet d'étudier annuellement l'évolution des indicateurs sociaux depuis 1996. L'enquête a lieu trois fois l'an sur des échantillons différents. Celle de janvier apporte des données sur la qualité de l'habitat et de l'environnement. Celle de mai traite des problèmes de santé, des difficultés financières des ménages et de l'équipement des logements. Celle d'octobre traite des contacts sociaux et de la participation à la vie sociale. L'enquête comprend une partie fixe dite indicateurs sociaux et une partie variable. En 1996 et 1999, la partie variable de l'enquête de mai a porté sur les services de proximité (services à domicile), en 1997 sur la vie quotidienne et l'isolement; la dernière publiée à ce jour, celle de mai 2001, a porté sur les comportements vis-à-vis de la santé. Les entrevues sont réalisées en face-à-face. Cette enquête donne lieu à l'occasion à la publication de certaines statistiques en France sur des indicateurs de santé communs aux enquêtes générales (ex. : enquête de mai 2001), publiées dans le bulletin *Insee Première*¹³. L'information sur la méthodologie de cette enquête est peu accessible, mais elle est considérée de bonne qualité (Barnay et autres, 2005a et b).

13. L'enquête *Comportement vis-à-vis de la santé* de mai 2001 constitue la partie variable de l'EPCV.

Parmi les enquêtes recensées en France au cours de la période étudiée figure aussi l'**Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)**. Cette enquête, bien qu'elle puisse s'apparenter à une enquête longitudinale (de type panel de ménages) est plutôt considérée comme une enquête transversale répétée. Réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), l'ESPS, qui a été reconduite annuellement entre 1988 et 1998, est réalisée depuis à tous les deux ans. Elle permet de décrire et d'analyser les relations entre consommation de soins, état de santé, caractéristiques socio-économiques et couverture sociale en France. La population cible de cette enquête a été modifiée à plusieurs reprises depuis 1988. La dernière modification remonte à 1996 alors qu'elle a été redéfinie comme étant les ménages résidant en France métropolitaine et comportant au moins un assuré social des trois principales caisses d'Assurance maladie que sont : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance maladie professions indépendantes (CANAM) et la Mutualité sociale agricole (MSA). La base de sondage est la liste des assurés de ces trois caisses d'Assurance maladie. L'échantillon contient tous les assurés répondant à certains critères de sélection relativement à leur date de naissance et à leur numéro de commune de naissance. Cette façon de faire permet d'introduire les nouveaux assurés correspondant aux critères d'inclusion dans l'échantillon et d'exclure les personnes n'étant plus assurées par un de ces trois organismes. Cela permet d'effectuer de l'inférence transversale. À tous les deux ans, une rotation de l'échantillon est effectuée, c'est-à-dire que seulement la moitié des personnes est enquêtée.

Chaque collecte comporte deux vagues (printemps, automne) afin de tenir compte de la saisonnalité de certaines pathologies. Administré au cours d'un entretien téléphonique ou d'une visite au domicile, un questionnaire principal porte sur le ménage de l'assuré et vise à recueillir des données sociodémographiques. Tous les autres questionnaires sont envoyés par la poste. Tous les membres des ménages enquêtés reçoivent un questionnaire portant sur leur état de santé. Ce questionnaire est complété par procuration pour les enfants. Ensuite, l'assuré reçoit un questionnaire concernant la couverture de son assurance et un carnet de soins dans lequel il inscrit pendant une période de 30 jours la consommation de soins pour chaque membre du ménage. Des questionnaires supplémentaires sont ajoutés certaines années. Les données administratives de prestations complètent l'information recueillie lors de l'enquête.

Cette enquête présente des lacunes au niveau de la base de sondage employée. Bien que cette dernière couvrirait environ 95 % de la population de la France métropolitaine, elle présenterait un problème de surcouverture (doublons, hors population) et les coordonnées qu'elle contient ne seraient pas à jour dans bien des cas. Par exemple, en 2000, 33 % des assurés n'ont pu être rejoints avec les informations fournies par la base. Étant donné la difficulté à rejoindre les assurés, le taux de réponse n'était que d'environ 40 %.

- *Royaume-Uni : Grande-Bretagne*

Sans être à proprement parler une enquête générale de santé, la **General Household Survey (GHS)** fournit des données sur la santé des résidents de Grande-Bretagne (territoire comprenant trois provinces administratives : l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles) depuis 1971. Cette enquête polyvalente sur les ménages couvre en fait un ensemble de sujets (comme la migration, l'habitation, les biens durables) au nombre desquels figure la santé. Elle est une source d'information de premier plan pour le gouvernement central et elle a permis de suivre les principaux changements dans les ménages et les familles depuis plus de 30 ans. Depuis 2000, l'enquête comprend deux parties : l'enquête continue (le *Continuous Survey*) et des modules (les *trailers*). La partie continue est restée relativement inchangée sur une période de cinq ans (2000-2005) et comprend un questionnaire ménage et un questionnaire individuel. Ce dernier comporte les sections dévolues à la santé et aborde différents indicateurs portant sur l'état de santé, l'utilisation des services de même que la consommation de tabac et d'alcool. Chaque année, les modules abordent des sujets particuliers qui peuvent revenir à intervalles plus ou moins réguliers; en 2002-2003, les sports et les loisirs, la contraception et l'audition ont été retenus. L'enquête est représentative de la Grande-Bretagne dans son ensemble, mais certaines données peuvent être obtenues pour l'Écosse, le Pays de Galles et neuf régions (*government office regions*) en Angleterre. L'enquête est faite par le biais d'entrevues faites en face-à-face auprès de répondants de 16 ans et plus résidant en ménage privé. Il s'agit d'une enquête continue dont les résultats ont été présentés à chaque année financière (sauf deux exceptions). Cette enquête menée par l'*Office for National Statistics* est considérée comme ayant une méthodologie rigoureuse (Barnay et autres, 2005a).

C'est la seule enquête avec la British Household Panel Survey qui couvre toute la Grande-Bretagne. Les enquêtes qui suivent ne portent que sur l'une ou l'autre des entités qui la constituent soit l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles.

- *Royaume-Uni : Angleterre*

En Angleterre, la **Health Survey for England (HSE)** est une enquête annuelle d'envergure ayant débuté en 1991. Elle fait partie d'un programme d'enquêtes mis sur pied par le ministère de la Santé et qui visent à fournir une information régulière sur la santé de la population. Toutes les éditions de la HSE ont porté sur la population âgée de 16 ans et plus vivant en ménage privé; depuis 1995, les enfants sont inclus. Elle aborde les différents aspects de la santé de la population habituellement couverts par une enquête générale de santé, mais elle a en plus comme objectif spécifique de mesurer la taille des enfants à différents âges. Cette enquête est assez unique. L'enquête implique la visite d'un intervieweur et la visite subséquente d'une infirmière. La collecte est faite en face-à-face et comprend un questionnaire de base ainsi que des mesures physiques (ex. : mesures anthropométriques, prise de sang, échantillons de salive et d'urine). Des modules de questions sur des problèmes de santé spécifiques sont répétés à intervalles réguliers. Chaque année, l'enquête met l'accent sur un problème de santé ou une population spécifique :

- en 2003 et en 1998, les maladies cardiovasculaires;
- en 2002, les enfants, les jeunes, la santé maternelle et infantile;
- en 2001, les maladies respiratoires, les maladies ou conditions atopiques (asthme, fièvre des foins, eczéma), l'incapacité et les blessures non mortelles;
- en 2000, les personnes âgées de 65 ans et plus (population à domicile et en résidence de soins);
- en 1999, les groupes ethniques;
- en 1997, les enfants et des jeunes (de 2 à 24 ans);
- en 1996, la population de 16 ans et plus.

En raison des objectifs spécifiques de chacune des enquêtes annuelles, la méthodologie peut varier sensiblement d'une année à l'autre. Par exemple, l'enquête de 2002 comportait un sur-échantillon des 24 ans et moins et des mères de bébés de moins d'un an; de même, l'enquête de 1999 comportait un sur-échantillon des groupes ethniques visés. L'information sur la dernière enquête disponible, celle de 2003, servira à illustrer les caractéristiques de la méthodologie de cette enquête. Certaines des autres éditions de cette enquête sont discutées à la section 4.2.

L'enquête de 2003 mettait l'accent sur les maladies cardiovasculaires (comme celles de 1991-1994 et de 1998 auxquelles elle est comparée). Comme c'est le cas pour toutes les éditions de cette enquête, celle de 2003 comprenait, outre l'entrevue avec intervieweur (avec mesures de poids et de taille), une visite par une infirmière. Les taux de réponses pour cette visite étaient cependant inférieurs (51 % pour les adultes et 56 % pour les enfants). La visite de l'infirmière permettait des mesures élaborées dont certaines sont assez inhabituelles dans ce type d'enquête. Ainsi, l'infirmière prenait la longueur des bébés (de 6 semaines à moins de 2 ans), un échantillon de salive et d'urine (16 ans et plus) afin de mesurer le sodium alimentaire, ainsi qu'un échantillon de salive chez les enfants (4 à 15 ans) afin de mesurer la cotinine, un dérivé de la nicotine qui montre l'exposition récente des enfants à la fumée de tabac. Elle prenait également la tension artérielle (5 ans et plus), une mesure du tour de taille et de hanches (16 ans et plus) et une prise de sang (16 ans et plus). Les échantillons sanguins permettent diverses analyses : HDL-cholestérol, fibriogène, protéine C-réactive¹⁴ et hémoglobine glyquée¹⁵ (16 ans et plus) ainsi que triglycérides, LDL-cholestérol et glucose (35 ans et plus). Certaines de ces mesures n'étaient effectuées que sur le sixième de l'échantillon. Sur le plan des outils de collecte, on notera que l'enquête comprend un questionnaire autoadministré destiné aux enfants dès l'âge de 8 ans qui porte sur certains sujets (usage du tabac, consommation d'alcool, port du casque de vélo). On notera également que les données de l'enquête n'ont été pondérées pour tenir compte de la non-réponse que depuis 2003; cela nuit à la comparaison avec les données des enquêtes

14. La protéine C-réactive (CRP) est une protéine qui augmente pendant l'inflammation aiguë. Il est suggéré que le niveau de CRP dans le sang pourrait être une nouvelle manière d'évaluer le risque de maladies cardiovasculaires.

15. Le dosage de l'hémoglobine glyquée permet la surveillance de l'équilibre glycémique.

antérieures qui seront pondérées rétrospectivement. L'enquête se veut représentative au niveau de l'Angleterre et de neuf régions (*government office regions*)¹⁶.

Pour illustrer l'importance des mesures physiques dans cette enquête, mentionnons que celle de 2001 qui portait sur la population de tous âges et mettait l'accent sur un ensemble de problèmes de santé, comportait les mesures suivantes : prise de tension artérielle, tour de taille et de hanches, fonction pulmonaire, longueur des bébés, mesure de demi-envergure¹⁷, prise de sang (IgE d'acarides de poussière, ferritine¹⁸ et hémoglobine, pour les 11-24 ans) et un échantillon de salive (cotinine chez les 4 ans et plus).

- *Royaume-Uni : Écosse*

L'enquête générale écossaise est calquée sur celle de l'Angleterre et est d'ailleurs menée par le même organisme. La **Scottish Health Survey** a été menée depuis 1995 et est planifiée aux trois ans. L'enquête de 1995, qui portait sur les adultes âgés de 16-74 ans mettait l'accent sur les maladies cardiovasculaires et comprenait de multiples mesures physiques (poids, taille, tour de taille et de hanches, échantillons sanguins, tension artérielle, fonction pulmonaire). La population cible de l'enquête s'est élargie (2-74 ans) en 1998 pour inclure les enfants; son échantillon est plus important que la précédente. L'enquête continue à mettre l'accent sur les maladies cardiovasculaires, mais son contenu est plus large : santé globale, problèmes respiratoires, fonctions pulmonaires, accidents, santé dentaire. Soulignons que l'enquête compte parmi ses objectifs, la comparaison entre les régions d'Écosse (les régions sont regroupées en sept groupes). Comme l'enquête anglaise, celle d'Écosse se distingue par la visite à la fois d'un intervieweur et d'une infirmière et par l'ampleur des mesures physiques : tension artérielle (5 ans et plus), fonction pulmonaire (7 ans et plus), mesure de taille et de hanches, circonférence du bras à mi-hauteur (enfants de 2-15 ans), demi-envergure (65-74 ans), échantillon sanguin (11 ans et plus) et échantillon de salive (4 ans et plus). Mentionnons parmi les diverses analyses sanguines effectuées, l'analyse du bilan ferrique des adultes et le niveau de certaines vitamines (A, C, E, caroténoïdes). Les analyses incluent une comparaison avec les résultats de l'enquête anglaise.

- *Royaume Uni : Pays de Galles*

Deux enquêtes de santé importantes ont été faites au Pays de Galles au cours de la période 1995-2005: la **Welsh Health Survey** et la **Health in Wales Survey**. Le gouvernement gallois a donné le mandat au National Centre for Social Research (NCSR, l'organisme anglais responsable des enquêtes anglaise et écossaise) d'étudier la faisabilité de joindre ces deux enquêtes pour n'en former qu'une seule. La nouvelle enquête issue de cette refonte s'appelle également la **Welsh Health Survey**. Elle comporte une collecte continue sur une période de deux ans

16. En combinant les données des enquêtes de 1994 à 1996, il a été possible de fournir de l'information sur des indicateurs de base au niveau des Districts of Health Authority (il y en a 100 en Angleterre).

17. La mesure de demi-envergure (demi-span) est une alternative à la mesure de la taille qui peut être faite lorsque la personne est assise. C'est la distance entre l'entaille du sternum et la racine des doigts lorsque le bras est étiré.

18. La ferritine est une protéine de stockage du fer. Son dosage permet d'apprécier les réserves en fer de l'organisme et de dépister précocement une carence de fer.

(2003-2005). Elle vise les enfants et les adultes et comprend une entrevue en face-à-face et un questionnaire autoadministré pour les 16 ans et plus. Certains résultats seront disponibles au niveau local. À l'heure actuelle, peu d'information est publiée sur sa méthodologie et les résultats sont attendus pour 2006.

Mentionnons que la Health in Wales Survey a été effectuée à trois reprises (1985, 1993 et 1996). Les enquêtes de 1993 et de 1996 visaient les 18-79 ans et s'intéressaient surtout aux déterminants de la santé et aux habitudes de vie. L'échantillon était tiré du Registre électoral, une base de sondage que le NCSR a recommandé de délaisser au profit du *Postcode Address File*. La collecte était faite au moyen d'entrevues à domicile et de QAA retournés par la poste. La taille de l'échantillon était variable d'une enquête à l'autre. Les taux de réponse étaient plutôt faibles, autour de 50 %.

La Welsh Health Survey été effectuée en 1995 et 1998, avant d'être révisée. Elle s'intéressait aux personnes de 18 ans et plus et portait entre autres sur l'état de santé et l'utilisation des services. L'échantillon était également tiré du Registre électoral, mais il s'agissait d'une enquête postale. Malgré une bonne taille d'échantillon (30 000 pour chaque enquête), les taux de réponse ont été faibles (56 % en 1995 et 59 % en 1998).

- *Australie*

En Australie, une enquête générale de santé, la **National Health Survey (NHS-G)**, s'est tenue aux cinq ans environ depuis 1997. L'enquête en 2001 a permis des estimations au niveau des états, des capitales de ces états et des huit territoires; de plus, certaines estimations ont été fournies pour les régions dans les états les plus peuplés. L'enquête est faite au moyen d'entrevues faites en face-à-face et d'un questionnaire autoadministré; elle comporte peu de réponses par personnes interposées. Elle a été reprise en 2004-2005.

- *Nouvelle-Zélande*

L'enquête générale de santé de la Nouvelle-Zélande, la **New Zealand Health Survey**, est menée approximativement tous les trois ans depuis 1992-1993. L'enquête de 2002-2003 est la troisième du genre. Cette enquête est réalisée auprès des personnes de 15 ans et plus et comporte un volet couvrant la population vivant en établissements de santé de même que les personnes qui vivent à domicile mais restent dépendantes d'un tel établissement suite à la désinstitutionalisation. L'enquête est faite en face-à-face mais ne comporte aucune mesure physique. Mentionnons que le ministère de la Santé a élaboré en 2002 un programme d'enquêtes pour les 10 prochaines années qui prévoit la répétition de cette enquête aux deux ans.

- *Enquêtes générales internationales auprès de la population*

À cette époque de mondialisation, la comparaison entre les pays de l'état de santé et des systèmes de santé soulève de plus en plus l'intérêt. L'OCDE, par exemple, effectue régulièrement des études comparatives impliquant plusieurs pays, en regroupant de l'information administrative et des résultats d'enquêtes. Cette approche, bien que valable, est limitée par le fait que différentes méthodes et instruments sont utilisés dans

chacun des pays. La tenue d'enquêtes internationales ou multinationales, utilisant un questionnaire et une méthodologie standard, permet de contrer ces limites et de générer des résultats plus facilement comparables.

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) initiait la première **World Health Survey (WHS)**, une enquête à laquelle elle conviait tous ses États Membres. Le but de cette enquête est d'offrir aux États Membres les moyens de disposer d'une information qui soit valide, fiable et comparable, et ce, à faible coût, afin de compléter l'information disponible sur le système de santé de leur pays pour mieux évaluer si celui-ci atteint ses objectifs et ainsi aider les preneurs de décision à ajuster leurs politiques et programmes. Au total, 70 pays ont participé à cette enquête, dont la France, le Royaume-Uni et l'Australie parmi ceux auxquels s'intéresse cette recension. L'enquête, qui porte sur la population de 18 ans et plus vivant à domicile, offre des questionnaires modulaires au choix des pays. L'échantillon doit être d'au moins 5 000 répondants par pays. L'entrevue est généralement faite en face-à-face; certains sites utilisent un questionnaire téléphonique. L'OMS fournit des questionnaires prétestés et standardisés, l'assistance technique à l'implantation de l'enquête et des lignes directrices pour l'élaboration d'un échantillon représentatif de chacun des pays. L'enquête Multi-country Survey Study 2000-2001, qui l'avait précédée, avait permis de développer un ensemble de questions et de techniques assurant la comparabilité des résultats entre pays et de tester l'impact des différents modes de collecte. Le Canada et les États-Unis avaient participé à cette dernière, toutefois avec des taux de réponse très faibles. Les résultats de la WHS ne sont pas encore disponibles.

L'Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé (ECCES) avait pour objectif de permettre la comparaison la plus exacte possible entre le Canada et les États-Unis en ce qui a trait à l'état de santé et à l'accès aux services de santé. L'enquête, qui est en fait une enquête générale par son contenu, visait plus précisément à comparer la performance des systèmes de santé nationaux et à fournir une meilleure compréhension de ses déterminants. Pour ce faire, une méthodologie rigoureusement identique (plan de sondage, questionnaire, collecte, traitement des données) a été utilisée. L'enquête a été menée conjointement par le National Center for Health Statistics (NCHS) et par Statistique Canada, mais la collecte a été réalisée uniquement par Statistique Canada. L'enquête, faite à une seule occasion, en 2002-2003, visait la population de 18 ans et plus vivant à domicile et a utilisé la GANT pour la sélection des répondants. Ses résultats sont cependant limités par des taux de réponses relativement bas (66 % et 50 % respectivement au Canada et aux États-Unis); même si la non-réponse est prise en compte dans les estimations, aucune information n'est disponible sur les non-répondants. Par ailleurs, l'utilisation de GANT introduit un léger biais de couverture : le pourcentage des ménages sans téléphone étant estimé à ce moment à 1,8 % au Canada et à 4,4 % aux États-Unis ; les données américaines indiquent que les ménages sans téléphone ont des revenus plus faibles.

4.2 Enquêtes générales auprès de populations spécifiques

Cette section porte sur les enquêtes générales (enquêtes portant sur une étendue de thèmes relatifs à la santé) transversales qui visent, non pas l'ensemble de la population d'un pays ou d'un territoire, mais bien un sous-groupe de la population. Le tableau 3 ci-dessous présente un sommaire des enquêtes effectuées au cours de la période 1995-2005 qui répondent à cette définition. Ces enquêtes recensées sont ensuite décrites dans la présente section, pour chacun des pays. Le tableau C.2 en annexe les présente en détail.

Tableau 3

Sommaire des enquêtes transversales générales auprès de populations spécifiques par pays ou territoire, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Année	Population spécifique visée
Canada	Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) – Volet Nord	1994-1995; 1996-1997; 1998-1999	Population du Yukon et des territoires du Nord-Ouest
Québec	Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999	1998-1999	Immigrés récents de quatre communautés culturelles
Québec	Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec	1998-1999	Personnes itinérantes
Québec	Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (ESSEA)	1999	Jeunes de 9 ans, 13 et 16 ans
Colombie-Britannique	Adolescent Health Survey (AHS-III)	1998, 2003	Élèves des écoles secondaires de 7 ^e à 12 ^e année
États-Unis	National Survey on Children's Health 2003 (NSCH)	2003	Jeunes de 0 à 17 ans
France	Enquête sur la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en France	1999-2000; 2000-2001; 2001-2002; nouveau cycle débutant en 2003	Enfants de la maternelle et de niveau scolaire 3 ^e et moyen 2 ^e année (CM2)
France	Baromètre Santé Jeunes	1997-1998	Jeunes de 12 à 19 ans
France	Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds 2001	2001	Personnes sans domicile
Royaume-Uni	Health Survey for England (HSE) 2002	2002 (1997)	Population de 0-24 ans et mères de bébés de moins d'un an (Population de 2 à 24 ans)
Royaume-Uni	Health Survey for England (HSE) 2000	2000	Population de 65 ans et plus (en ménage privé et en résidences de soins)
Royaume-Uni	Health Survey for England (HSE) 1999	1999	Population de six communautés culturelles
Australie	National Health Survey : Aboriginal and Torres Strait Islander (NHS-I)	2001, 2004-2005	Population autochtone vivant en ménage privés
Internationale	Étude sur le comportement des jeunes au regard de la santé (HBSC)	1997-1998; 2001-2002; 2005-2006	Élèves de 11 ans, 13 et 15 ans

• Canada

L'ENSP incluait un **volet Nord**¹⁹ qui a débuté en 1994-1995 et a été mené à intervalles de deux ans par la suite. Il s'est cependant terminé après trois cycles, c'est-à-dire en 1998-1999. Étant donné les défis que pose une enquête dans le nord du Canada, il s'agissait d'une enquête indépendante. La collecte a été menée par les Bureaux de la statistique du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest (et du Nunavut²⁰ au cycle 3) avec le financement de Statistique Canada. Le traitement des données était fait par Statistique Canada. La population du Yukon et des

19. Se reporter au tableau C.10 pour une description générale de la méthodologie de cette enquête.

20. Le Nunavut a été séparé des Territoires du Nord-Ouest le 1er avril 1999.

Territoires du Nord-Ouest visée par l'ENSP comprenait les membres de la population vivant à domicile (sauf ceux habitant les réserves indiennes et les bases des Forces armées canadiennes) ainsi que les personnes en établissements. Pour des raisons logistiques, les localités non organisées, très petites ou dans des régions éloignées ont été exclues. Le questionnaire comprenait la plupart des modules du volet ménages de l'ENSP. Le volet Nord était à la fois transversal et longitudinal. L'enquête a porté, en 1994-1995 sur 2 020 répondants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Depuis 2000-2001, l'ESCC recueille des données transversales dans les territoires du Nord tous les deux ans, ceux-ci faisant partie des régions couvertes par l'enquête générale.

- *Québec*

Au Québec, l'ISQ a réalisé une enquête générale auprès des communautés culturelles les plus populeuses ayant immigré récemment au Québec. Les groupes choisis pour l'**Enquête auprès des communautés culturelles** proviennent des quatre régions suivantes : les pays arabophones du Maghreb et du Moyen-Orient ; Haïti ; la Chine populaire, Hong Kong, Taïwan et Macao ; et les pays hispanophones des Amériques. Parce que 88 % de la population immigrante du Québec habite la région métropolitaine, l'étude a été faite auprès de répondants de cette région²¹. Un peu plus de 4 000 répondants ont participé à l'étude. Ceux-ci devaient être résidents de la région métropolitaine de Montréal (incluant Laval et la Montérégie) et avoir immigré entre 1988 et 1997. Une étude de la base de sondage révèle que ceux-ci représentent 55,6 % de la population immigrante de 18 ans et plus de 1986 à 1992. L'enquête portait sur ces personnes de 18 ans et plus et leurs enfants. Les entrevues en face-à-face se sont déroulées en six langues, soit le français, l'anglais, l'arabe, le créole, l'espagnol et le chinois. L'étude réalisée en 1998-1999 reprend en grande partie les questionnaires de l'enquête générale québécoise (ESS) qui ont été adaptés pour ces communautés. Cela permet de comparer les résultats à ceux de l'ESS de 1998 pour l'ensemble de la population du Québec.

L'ISQ a également mené, en 1998-1999, l'**Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec** (Communauté-Urbaine-de-Québec). Cette enquête faisait suite à une opération de dénombrement de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes réalisée l'année précédente dans ces deux régions urbaines qui sont les plus importantes du Québec. La population visée par l'enquête est celle qui fréquente les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour desservant les personnes itinérantes. Au total, 757 personnes ont été interviewées en face-à-face. L'enquête a obtenu un bon taux de réponse, en particulier dans la région de Montréal, et bénéficie d'une solide méthodologie en ce qui a trait à l'échantillonnage des participants, ce qui pose un défi particulier dans le cas d'une population si difficile à rejoindre. Cette enquête a été incluse dans la recension car elle a une portée nationale, même si la collecte des données n'a été

21. Cette enquête est incluse dans la recension car elle a une portée nationale, même si la collecte des données n'a été effectuée que dans cette seule région.

effectuée que dans deux régions. Il n'existe pas de dénombrement de la population itinérante qui permettrait d'évaluer quelle proportion de la population itinérante se retrouve dans ces deux régions.

L'**Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois** réalisée en 1999 porte sur une vaste étendue de sujets liés à la santé physique et mentale ainsi qu'au bien-être des jeunes Québécois. Fait à noter, l'enquête est représentative des jeunes de trois années d'âge : les 9 ans, les 13 ans et les 16 ans, années qui représentent trois étapes dans le développement des jeunes au regard de la puberté notamment. Même si elle a été réalisée en milieu scolaire principalement, elle inclut des jeunes de 16 ans ne fréquentant plus l'école et, de ce fait, est représentative de l'ensemble des jeunes Québécois de ces âges. Les données ont été recueillies auprès des enfants eux-mêmes, de leurs parents et également auprès des directeurs d'école grâce à des questionnaires papier. Dans le cas des jeunes en milieu scolaire, ces questionnaires ont été remplis en présence d'un intervieweur. Les questionnaires à l'intention des jeunes ne fréquentant pas l'école étaient envoyés par la poste. Ayant un important volet s'intéressant à la santé cardiovasculaire, l'enquête comporte également des mesures physiologiques, prises par une infirmière ou un kinésologue : poids, taille, tension artérielle, plis cutanés et prise de sang. L'enquête comprend aussi un volet consacré à la nutrition.

- *Colombie-Britannique*

La Colombie-Britannique a également réalisé une enquête auprès des adolescents, l'**Adolescent Health Survey**. L'enquête, dont c'était la troisième édition en 2003, permet de suivre l'évolution de la santé des jeunes comparativement aux éditions de 1992 et 1998. Elle porte sur les élèves de la 7^e à la 12^e année dans les écoles publiques de cette province (les deux éditions précédentes incluaient aussi les écoles indépendantes). Le questionnaire de 140 questions, administré en milieu scolaire, couvre un vaste ensemble de thèmes liés à la santé physique et mentale, à ses déterminants ainsi qu'à l'environnement social des jeunes (voir tableau C.2). Fait à noter, l'enquête avait pour objectif de fournir des données régionales, soit pour les 16 régions sociosanitaires (*Health Service Delivery Areas*); les données des enquêtes précédentes étaient disponibles selon 8 régions provinciales (*geographic areas*). Un bon taux de réponse (72 %) a été obtenu en 2003, cependant seulement 45 des 59 écoles sélectionnées ont accepté de participer. Parce que ces écoles étaient concentrées surtout dans certaines régions, les résultats de trois régions (sur les 16) ne sont pas disponibles; il est difficile de savoir quel biais cette sous-couverture introduit dans la représentativité de l'enquête au niveau provincial. L'enquête a été menée par le McCreary Centre Society, une organisation non gouvernementale à but non lucratif, avec le soutien des ministères provinciaux de la Santé, de la Famille et de l'Enfance. Statistique Canada a agi comme consultant au niveau de la méthodologie. Les résultats de l'enquête sont utilisés par les ministères provinciaux comme aide à la prise de décision et leur permettent de suivre l'atteinte de certains objectifs quant à la santé des jeunes de cette province.

- *États-Unis*

La **National Survey of Children's Health 2003 (NSCH)** se veut une enquête au contenu large sur la santé des enfants et des jeunes de 0-17 ans. Elle vise à fournir des prévalences au niveau national et pour chacun des états américains. Ce besoin d'information régionale tient au fait que les seules estimations disponibles sur les enfants par état sont celles de la Youth Risk Behavioral Surveillance System (YRBSS), menée aux deux ans par la CDC, laquelle ne porte que sur les élèves de la 9^e à la 12^e année. Par ailleurs pour les enfants plus jeunes, seules existent des enquêtes faites dans chacun des états et dont les résultats ne sont pas comparables pour des raisons méthodologiques. La National Survey of Children's Health a été menée par le NCHS et fait partie de la SLAITS. Utilisant la base de sondage du NIS, l'enquête est faite par téléphone avec GANT. L'échantillon rejoint est important, portant sur plus de 102 000 enfants. Par contre, les taux de réponse pondérés sont plutôt moyens : soit de 55,3 % pour l'ensemble des États-Unis, et variant de 50 % à 64 % selon les états. L'enquête aborde un contenu varié sur la santé des enfants et des jeunes (santé physique et mentale, problèmes de comportement et d'apprentissage), la santé des parents, l'utilisation des services, le fonctionnement familial et la qualité du voisinage.

L'enquête avait été précédée par une étude pilote limitée à quelques états en 1998 et qui comportait des modules sur la santé des enfants. Deux autres enquêtes sur les enfants ont été faites dans le cadre de la SLAITS et sont présentées parmi les enquêtes thématiques de ce rapport : l'une porte sur les très jeunes enfants (4 à 35 mois) et l'autre sur les enfants ayant des besoins spéciaux.

- *France*

L'**Enquête sur la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en France** est un cycle de trois enquêtes réalisées en milieu scolaire (écoles privées et publiques) par la DREES²² et le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation et de la Recherche²³ avec l'aide de l'Institut de veille sanitaire. Ce cycle d'enquêtes triennales comprend une première enquête sur 30 000 enfants de la maternelle réalisée en 1999-2000, une seconde enquête auprès de 6 500 élèves du niveau 3^e en 2000-2001 et une troisième enquête sur 8 000 élèves de cours moyen 2^e année (CM2) en 2001-2002. En 2003, un nouveau cycle d'enquêtes a été entamé et se reproduira à l'identique assurant la production régulière de données sur les enfants.

L'enquête de 1999-2000, qui porte sur les enfants de la maternelle (5-6 ans), est décrite au tableau C.2. Elle s'appuie sur les bilans de santé scolaires obligatoires pour l'entrée à l'école primaire qui sont réalisés par les médecins et les infirmières de l'Éducation nationale. L'objectif de ce bilan est de dépister et de signaler aux parents d'éventuels problèmes de santé. Les parents accompagnent l'enfant à cet examen, munis de son carnet de santé. L'enquête porte sur un échantillon représentatif très important (30 000 enfants) et permet de fournir des données au niveau de la France

22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

23. Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) et Direction de la programmation et du développement (DPD) de ce ministère.

et de 23 régions (dont l'une représente les départements d'outre-mer, DOM). L'enquête se distingue par l'ampleur et la qualité des mesures : mesures anthropométriques (poids, taille), examen clinique dentaire (nombre de caries), examen visuel, tests auditifs, tests et évaluation du langage, état vaccinal selon le carnet de soins, auxquels sont ajoutées des questions spécifiques (ex. : symptômes respiratoires déclarés). Ces mesures comportent plusieurs tests standardisés. La non-réponse est très faible à cette enquête : 95 % des enfants ont participé à l'examen et avaient leur carnet de soins, 90 % étaient accompagnés d'un de leurs parents.

L'enquête Baromètre Santé, qui a été présentée dans la section précédente²⁴, s'est consacrée dans son édition de 1997-1998 à la santé des jeunes, **Baromètre Santé Jeunes**. Cette enquête a porté sur 4 115 jeunes de 12 à 19 ans, scolarisés ou non, habitant l'ensemble du territoire français. Les jeunes ont été interrogés par téléphone à la suite d'un tirage aléatoire de numéros de téléphone. La méthodologie est équivalente à celle de l'enquête auprès des adultes à laquelle les résultats sont comparés. L'enquête aborde les connaissances, les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes face aux grands thèmes de santé les concernant : santé perçue, accidents, habitudes alimentaires, poids, sport, consommation de tabac, d'alcool et de drogues, sexualité, violence, vie affective, suicide, environnement des jeunes et qualité de vie.

La France a également réalisé une enquête auprès d'une population spécifique, **l'Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds**. Cette enquête, réalisée en janvier 2001 par l'INSEE, peut être comparée sous plusieurs aspects à l'enquête québécoise menée auprès de la population itinérante (Aliaga et autres, 2003). L'enquête française visait à connaître le nombre et la situation des personnes sans domicile. Parce qu'il n'existe pas de base de sondage sur cette population, on a choisi d'interroger les personnes qui utilisent les services d'hébergement gratuits ou à faible participation ou les services qui distribuent des repas chauds (consommables sur place). L'enquête porte sur les personnes qui n'avaient pas de domicile personnel la veille du jour où elles ont été enquêtées, soit qu'elles avaient eu recours à un service d'hébergement ou qu'elles avaient dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). L'enquête a eu lieu entre le 15 janvier et le 15 février 2001. Elle n'a été effectuée que dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants. En amont de l'enquête, un recensement des services d'hébergement et de distribution de repas dans 160 agglomérations, jumelé aux données du recensement général de la population, a permis d'estimer que les agglomérations de plus de 20 000 habitants regroupaient 85 % des prestations de ces services. Au total, 4 084 usagers ont été interrogés sur leurs conditions de vie dans les services d'hébergement et les difficultés d'accès au logement. L'enquête a également permis de décrire les caractéristiques des usagers (lieu de naissance, nationalité, source de revenus) et de leur expérience professionnelle (emploi actuel et passé) mais également sur plusieurs thèmes liés à leur santé physique et mentale : santé perçue, problèmes de santé chroniques, de vision, séquelles de maladies ou d'accidents, consommation d'alcool, consultations médicales et

24. Se reporter au tableau C.1 pour une description générale de la méthodologie de cette enquête.

dentaires, hospitalisations, problèmes de santé mentale, événements difficiles dans l'enfance (placement, toxicomanie, violence familiale, problème de santé mentale dans la famille) et recours à l'aide.

- *Royaume-Uni*

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, en Angleterre, la Health Survey for England est une enquête générale de santé annuelle qui consacre chaque édition à un ou des problèmes de santé ou à une sous-population.

L'enquête **HSE de 2002**²⁵, en plus de viser à dresser un portrait de l'ensemble de la population, a mis l'accent sur la santé de trois groupes : les enfants (0-15 ans), les jeunes adultes (16-24 ans) et les mères de bébés de moins d'un an. Pour ce faire, on a sur-échantillonné ces trois groupes. Dans les faits, deux échantillons ont été constitués, l'un visant à représenter la population générale (7 395 personnes de 16 ans et plus) et l'autre les groupes à sur-échantillonner (8 067 enfants de 0-15 ans et 3 625 personnes de 16-24 ans). Les autres aspects méthodologiques sont assez semblables à ceux présentés précédemment pour l'enquête HSE de 2003. Rappelons qu'il s'agit d'une enquête à portée nationale et régionale (Angleterre et neuf régions). La collecte, sur une période de 12 mois, est faite en face-à-face et comporte à la fois la visite d'un intervieweur et d'une infirmière. Plusieurs questionnaires sont utilisés (dont un s'adresse directement aux 8-12 ans). Les jeunes de 13 ans et plus sont interrogés directement. Cette enquête se caractérise par l'ampleur des mesures physiques prises par l'infirmière : mesures reliées au poids et à la taille (tour de taille et de hanches, longueur des bébés), prise de tension artérielle (5 ans et plus), fonction pulmonaire (7 ans et plus), échantillon de salive (4 ans et plus) et prise de sang (11 ans et plus ; pour l'analyse de l'hémoglobine, de la ferritine, des IgE et des IgE d'acarides de la poussière). Les taux de réponse varient selon les groupes : pour les entrevues, ils se situent entre 67 % et 79 %, pour la visite de l'infirmière, entre 49 % et 67 % ; des taux sont également disponibles pour chacune des mesures. L'enquête porte sur un ensemble de sujets couvrant la santé des enfants et des jeunes adultes ainsi que la santé maternelle. Les problèmes respiratoires, les accidents et l'activité physique des jeunes figuraient aussi au nombre des sujets ciblés. L'enquête inclut également des questions des modules de base des enquêtes HSE sur des sujets comme l'état de santé, les problèmes de santé, l'utilisation de services, les habitudes de vie, la santé mentale et le soutien social. Mentionnons que pour l'analyse, les résultats portant sur les enfants et les jeunes adultes de l'enquête de 2002 ont été comparés à ceux des enquêtes HSE de 1995, 1996 et 1997 mis ensemble. L'enquête **HSE de 1997** portait spécifiquement sur la santé des enfants et des jeunes adultes, soit sur la population de 2 à 24 ans vivant en ménage privé; pour ce faire, un sur-échantillon d'enfants a été ajouté à l'échantillon général.

Dans l'enquête **HSE de 2000**, l'accent a été mis sur la population de 65 ans et plus. Pour bien couvrir cette population, l'enquête comprenait un échantillon de l'ensemble de la population vivant en ménage privé et un échantillon de la population de 65 ans et plus vivant en « résidence de soins » (*care homes*). La taille de

25. Se reporter au tableau C.2 pour une description générale de la méthodologie de cette enquête.

l'échantillon en ménage privé a été réduit de moitié environ comparativement aux enquêtes antérieures afin d'allouer les ressources à l'échantillon en résidence de soins. Au total, 9 920 personnes (7 988 adultes et 1 932 enfants de 2-15 ans) ont participé au volet en ménage privé. Les taux de réponse pour ce volet s'apparentent à ceux des enquêtes antérieures (68 % et 74 % pour les adultes et les enfants, pour l'entrevue). Sauf pour le volet en résidence de soins, la méthodologie (questionnaires et mesures) est semblable aux autres éditions de l'enquête.²⁶

L'échantillon en résidences a été tiré à partir d'une base de données couvrant tous les établissements de soins enregistrés au Royaume-Uni. Seules les résidences de soins (*residential and nursing homes*) hébergeant principalement des personnes de 65 ans et plus ont été retenues comme base de sondage. D'autres types d'institutions comme les hôpitaux de soins de longue durée, les prisons ou les hôpitaux psychiatriques ont été exclus. Selon le recensement, la base retenue représente 86 % des personnes âgées en institutions. À partir d'un échantillon stratifié, jusqu'à six résidents par résidence ont été choisis au hasard. Le volet en résidences comporte la visite d'un intervieweur (entrevue assistée par ordinateur) et d'une infirmière. Il comprend un questionnaire à l'intention du gestionnaire de la résidence sur les caractéristiques de l'établissement (type, nombre de résidents), la disponibilité de certains services et équipements et la nourriture. Le questionnaire sur les résidents était complété par la personne âgée elle-même lorsque ses capacités le permettaient, ce qui était établi au préalable par la passation d'un test de mémoire et selon l'avis du personnel soignant. Au total 2 493 entrevues ont été complétées, dont la moitié (51 %) par des substituts (*proxy*) pour un taux de réponse de 69 % à l'entrevue. Le questionnaire pour la population en résidences abordait les mêmes thèmes que l'enquête en ménages avec quelques ajouts; mentionnons : les fonctions cognitives, les incapacités, les accidents, les problèmes respiratoires, les activités dans la résidence et l'incontinence. Le poids et la taille étaient également mesurés chez les résidents aptes à répondre eux-mêmes (environ la moitié des résidents) et rapportés pour l'autre moitié. La visite de l'infirmière permettait également des mesures mais seulement chez les résidents aptes à répondre : tension artérielle, électrocardiogramme, échantillon sanguin pour une foule d'analyses (sérum albumine, vitamine D, cholestérol, ferritine, hémoglobine, hémoglobine glyquée, fibriogène, volume globulaire moyen).

L'enquête **HSE de 1999**²⁷ est la plus grande enquête auprès des minorités ethniques réalisée en Angleterre. Elle inclut un vaste sur-échantillon représentatif de six communautés (Noirs des Caraïbes, Pakistanais, Indiens, Bangladeshi, Chinois, Irlandais) en plus de l'échantillon de la population générale anglaise (de 2 ans et plus). Au total, 10 259 personnes (6 844 adultes et 3 415 enfants) de ces communautés ont participé à l'entrevue, le taux de réponse variant entre 55 % et 65 % selon les communautés. L'échantillon général, pour sa part, porte sur 9 640 personnes (7 798 adultes et 1 842 enfants). Le questionnaire aborde l'ensemble des sujets de base de l'enquête

26. Pour cette raison, cette enquête ne figure pas au tableau C.2. Le lecteur peut se reporter au tableau C.1 pour une description générale de la méthodologie de cette enquête.

27. Se reporter au tableau C.1 pour une description générale de la méthodologie de cette enquête.

annuelle, en plus des maladies cardiovasculaires chez les adultes et de l'asthme chez les enfants. Les répondants des minorités reçoivent aussi la visite d'une infirmière pour plusieurs mesures (poids, taille, tension artérielle, fonctions pulmonaires, électrocardiogramme, échantillons de salive et sanguin). Les répondants de l'échantillon général avaient une version abrégée du questionnaire et ne recevaient pas la visite de l'infirmière.

- *Australie*

L'enquête générale de santé en Australie déjà présentée (désignée sous le sigle NHS-G) comportait un volet portant sur la population indigène, la **National Health Survey: Aboriginal and Torres Strait Islander 2001 (NHS-I)**. Mentionnons que l'enquête générale précédente (la National Health Survey de 1995) avait également permis de produire des estimations sur la population indigène à partir d'une échantillon d'approximativement 1 800 autochtones vivant dans les zones rurales et urbaines; toutefois les données sur la population autochtone vivant dans les régions éloignées avaient dû être exclues en raison de la qualité des données.

Alors que l'enquête générale australienne de 2001 (NHS-G) portait sur la population vivant en milieu rural et urbain mais excluait la population éloignée, l'objectif de la NHS-I était de couvrir à la fois la population autochtone vivant dans les zones concentrées (rurale et urbaine) et les régions éloignées d'Australie. C'est la première enquête ayant permis de décrire la santé de la population autochtone des régions éloignées. L'enquête a porté sur 3 681 aborigènes ou habitants du détroit de Torres dont la plupart habitait des zones dites concentrées. La méthodologie est différente entre les zones dites éloignées et les zones concentrées, tant pour la sélection de l'échantillon que pour les instruments et les modes de collecte. Les entrevues ont été faites en face-à-face, mais dans les zones concentrées, les femmes avaient à répondre à un questionnaire autoadministré supplémentaire sur la santé des femmes ; dans les zones éloignées, ce sujet était abordé dans l'entrevue. De plus, dans les zones éloignées, les entrevues étaient faites par une équipe : des intervieweurs masculins et féminins, afin d'interviewer les personnes de même sexe et un facilitateur autochtone. Les questionnaires dans les zones concentrées étaient semblables à celui de l'enquête en population générale (NHS-G), celui des zones éloignées était diminué de moitié et adapté à cette population quant au vocabulaire et au choix des sujets. Les taux de réponse des ménages ont été meilleurs dans les zones concentrées que dans les zones éloignées (89 % c. 58 %). Les résultats sont comparés à ceux de l'enquête de santé générale australienne (NHS-G).

Cette enquête était prévue aux six ans. Elle a été reprise en 2004-2005 sous le nom de National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Survey (NATSIHS). L'enquête a un échantillon beaucoup plus grand que les deux précédentes, soit 10 439 personnes ou environ une personne sur 45 dans cette population. Elle a couvert la population des régions concentrées et éloignées et a, comme les précédentes, permis les comparaisons avec l'enquête générale de 2004-2005.

Mentionnons que l'Australie a également une enquête sociale générale sur la population autochtone la National Aboriginal and Torres Strait Islander Social Survey 2002 (appelée antérieurement Indigenous Social Survey) qui

fournit de l'information sur une variété de sujets dont la santé (culture, langue, famille, habitation, éducation, emploi, revenu, stress financier, transport et mobilité, criminalité).²⁸

- *Enquête internationale*

L'**Étude sur le comportement des jeunes au regard de la santé** (ou **Health Behavior in School-aged children, HBSC**) est une enquête internationale faite sous l'égide de l'OMS-Europe. Elle est menée par un réseau de chercheurs de différents pays et coordonnée par l'Université d'Édimbourg. Cette enquête générale de santé porte sur les jeunes de 11, 13 et 15 ans fréquentant l'école. Elle vise à décrire les différents aspects de la santé et du bien-être des jeunes, les comportements liés à la santé et leur contexte social. L'enquête aborde plus particulièrement la santé physique, émotionnelle et psychologique, les aspects sociaux, les relations familiales ou avec les pairs, le climat à l'école, les habitudes de vie des jeunes (tabagisme, consommation d'alcool, de cannabis, activité physique, habitudes alimentaires), la perception de leur image corporelle, l'hygiène buccodentaire, la violence entre jeunes, les blessures et la santé sexuelle. L'étude a débuté en 1982 (avec trois pays) et depuis, elle a été répétée tous les quatre ans par un nombre croissant de pays participants.

Elle vise à la fois à permettre une comparaison entre les pays et à suivre l'évolution au sein de chaque pays. La dernière enquête (2001-2002) inclut 35 pays ou zones d'Europe ou d'Amérique du Nord, dont le Canada (qui y participe depuis l'enquête de 1989-1990), les États-Unis, la France, l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles, et l'Irlande. Les pays utilisent un protocole commun et un questionnaire standardisé (avec le choix d'ajout de modules optionnels par chaque pays). Dans chaque pays, environ 4 500 élèves y participent (soit 1 500 par année d'âge) pour constituer un échantillon représentatif au niveau national. La passation du questionnaire autoadministré destiné aux jeunes est faite en classe sous la forme d'un examen. Une nouvelle édition de l'enquête est en cours en 2005-2006, la collecte se terminant au printemps 2006.

28. Cette enquête n'est pas présentée au tableau C.2 et ne figure pas dans la base documentaire.

5. Enquêtes transversales thématiques

Les enquêtes transversales thématiques se caractérisent d'abord par une grande variété. Elles visent l'ensemble ou un sous-groupe de population et portent sur un thème particulier ou sur quelques thèmes liés les uns aux autres. Elles sont fort nombreuses à avoir été recensées (plus de 100), c'est pourquoi elles ne seront présentées que brièvement. Le lecteur intéressé par un thème ou un autre aspect de ces enquêtes peut consulter les tableaux C.3 à C.9 ou la base documentaire (présentée à l'annexe A). Selon les pays, elles sont regroupées soit par thème, soit par organisme producteur. Le plus souvent, ces derniers se spécialisent dans certains types d'enquêtes, par exemple celles sur les soins de santé ou en milieu scolaire.

5.1 Canada et provinces canadiennes

Les tableaux 4 et 5 présentent le sommaire des enquêtes transversales thématiques réalisées au Canada et dans les provinces canadiennes, respectivement. Les tableaux complémentaires C.3A (Canada) et C.3B (provinces canadiennes) en annexe les présentent en détail, par thème. Les thèmes sont les soins de santé, l'état de santé général et la santé mentale, l'incapacité, la couverture vaccinale, l'expérience de la maternité, et, parmi les habitudes de vie, le tabagisme et autres consommations à risque, l'activité physique et la nutrition. S'ajoutent finalement, quelques enquêtes portant sur des thèmes sociaux.

- *Ensemble du Canada*

Sur le plan des soins de santé, mentionnons d'abord le **Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale** et le **Sondage national auprès des médecins**, réalisés par l'Association Médicale Canadienne et le Collège des médecins de famille du Canada. Le premier (1997 et 2001) vise les omnipraticiens et les médecins de famille alors que le second (2004) vise également les médecins spécialistes. Ce dernier porte sur les contextes et les profils de la pratique médicale, dont la rémunération, la charge de travail, l'utilisation des technologies et la perception qu'ont les médecins de l'accès de la population aux soins. Le questionnaire a été envoyé par courriel ou par la poste et le taux de réponse a été de 36 %. La non-réponse a été analysée et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) conclut à des distributions semblables des médecins entre le fichier maître de l'Association et les répondants.

Le point de vue de la population sur les soins de santé a été recueilli à partir de l'**Enquête sur l'accès aux services de santé** de Statistique Canada en 2001. La population de 15 ans et plus a été questionnée sur l'accès aux services (24 heures, 7 jours) et sur les temps d'attente pour des tests diagnostiques ou des traitements. Un sous-échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1, constituait la base de sondage. À partir de 2003, cette enquête a été intégrée à l'ESCC, une enquête générale, mais les résultats sont encore présentés comme ceux de l'Enquête sur l'accès aux services de santé. Cette enquête est réalisée dans le cadre des rapports comparatifs sur la performance des systèmes de santé provinciaux (MSSS, 2002).

Les peuples autochtones ont été consultés dans le **Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone** réalisé en 2002 par téléphone. On sait peu de choses sur ce sondage – population visée (toutes les Premières nations ne sont pas incluses), représentativité de l'échantillon et taux de réponse – sinon qu'il touche une population habituellement non incluse dans les enquêtes nationales.

La collecte de données pour l'**Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier**, réalisée par Statistique Canada pour l'ICIS, était en cours en 2005; peu de renseignements étaient donc disponibles. Le but de l'enquête est d'évaluer les conditions de travail et l'état de santé du personnel et l'impact sur les soins dispensés aux patients.

Tableau 4
Sommaire des enquêtes transversales thématiques au Canada, 1995-2005

Nom de l'enquête	Thème principal	Année
Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale	Soins de santé	1997, 2001
Sondage national auprès des médecins (SNM)	Soins de santé	Triennal à compter de 2004
Enquête sur l'accès aux services de santé	Soins de santé	2001, 2003
Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone	Soins de santé	2002
Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier	Santé au travail	2005
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être	Santé mentale	2001
Enquête sur la participation et les limitations d'activités	Incapacité	2001; occasionnelle
Enquête nationale sur la couverture vaccinale	Vaccination	Annuelle depuis 1994
Enquête nationale sur la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe et l'hépatite B	Vaccination	Annuelle depuis 2001
Enquête sur l'expérience de la maternité	Périnatalité	2002 (étude pilote)
Enquête sur les avortements thérapeutiques	Avortement	Annuelle depuis 1969
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	Substances psychoactives	Semestrielle depuis 1999
Enquête sur les toxicomanies au Canada	Substances psychoactives	2003-2004 ; sera répétée aux 3-5 ans
Enquête sur les Campus canadiens	Substances psychoactives	Une fois
Enquête sur le tabagisme chez les jeunes	Substances psychoactives	2002, 2004-2005 ; irrégulière
Sondage indicateur de l'activité physique	Activité physique	Annuel depuis 1997 ; irrégulier de 1981 à 1996
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition	Nutrition	2004
Tracking Nutrition Trends Survey	Nutrition	1989, 1994, 1997, 2001, 2004
Enquête sur l'exposition au soleil	Exposition au soleil	1996 ; unique
Enquête sociale générale	Questions sociales	Annuelle depuis 1985, cycle 18 en 2004
Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation	Questions sociales	1987, 1997, 2000

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.3A en annexe.

Concernant l'état de santé de la population, l'**Enquête canadienne sur les mesures de la santé** (non présentée au tableau) est en cours de préparation²⁹. Malgré qu'elle déborde la période considérée, cette importante enquête mérite d'être présentée. Elle vise à combler d'importantes lacunes dans l'information existante sur la santé des

29. Voir le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca

Canadiens, par des mesures physiques directes comme la capacité cardiovasculaire, la fonction pulmonaire, la condition musculosquelettique et des mesures anthropométriques. Des échantillons de sang et d'urine serviront à évaluer l'état nutritionnel, le bilan lipidique, la présence de marqueurs de maladies infectieuses ou de contaminants environnementaux, etc. Le pré-test s'est terminé en 2005 et la collecte est prévue de 2006 à 2008, sur 24 mois. Une personne sera choisie aléatoirement dans le ménage sélectionné, pour un total de 5 000 personnes de 6 à 79 ans. Des intervieweurs, technologistes de laboratoire et spécialistes de mesures physiques assureront la collecte qui se déroulera à domicile (entrevue de 45 minutes) ainsi qu'en unité mobile (moins de deux heures par répondant). Elle sera représentative de l'ensemble de la population canadienne.

La santé mentale a fait l'objet du cycle 1.2 de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être** en 2001. Les méthodes sont communes aux divers cycles de l'ESCC, avec des entrevues assistées par ordinateur, en personne (86 %) ou par téléphone (14 %). Le questionnaire porte sur l'état général de santé, les troubles mentaux, les limitations d'activités, l'accès aux services de santé, la consommation de substances psychoactives, la participation à des jeux de hasard et autres habitudes de vie. La population cible est celle de 15 ans et plus vivant en ménage privé; un échantillon de près de 37 000 répondants représente chacune des provinces.

L'**Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)** est une enquête post-censitaire : la sélection de l'échantillon est basée sur la réponse à deux questions du recensement de 2001. Elle fait suite aux enquêtes sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et 1991, actualisant les mesures de l'incapacité. Dans l'enquête de 2001, seules les personnes ayant une incapacité selon le recensement sont visées, contrairement aux enquêtes précédentes où le statut d'incapacité était vérifié par un questionnaire de sélection plus complet auprès d'échantillons positifs et négatifs quant à leur statut d'incapacité selon le recensement. L'EPLA initie donc une nouvelle série d'enquêtes sur le sujet. Un questionnaire vise les enfants de moins de 15 ans et un autre, les personnes de 15 ans et plus; les entrevues se déroulent au téléphone. Les types d'incapacité, l'état de santé général, l'usage de médicaments, l'impact de l'incapacité sur les activités de la vie quotidienne, les limitations au travail et dans les activités de loisir, les dépenses, les besoins d'aide, l'utilisation d'aides techniques ainsi que la prise de médicaments sont mesurés. La représentativité est provinciale.

Santé Canada a réalisé deux enquêtes annuelles sur la couverture vaccinale au cours de la période 1995-2005. La première, l'**Enquête nationale sur la couverture vaccinale**, concerne la vaccination des enfants de 24-35 mois et de 7 ans. Elle est réalisée annuellement depuis 1994 pour les plus jeunes et depuis 1997 pour les plus vieux. Huit maladies sont prises en compte et l'information est basée sur les registres d'immunisation fournis aux parents. Les résultats obtenus sont comparés avec ceux des États-Unis. On mentionne toutefois que ces comparaisons sont limitées par le fait que dans ce pays, on obtient l'information auprès des fournisseurs de vaccins directement. La

seconde enquête sur le sujet, l'**Enquête nationale sur la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe et l'hépatite B**, vise les travailleurs de la santé depuis 2001.

Dans un tout autre registre, Santé Canada s'intéresse à l'expérience de la maternité et à la santé de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse et des six mois suivant la naissance. Les connaissances, expériences et habitudes des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois du post-partum ainsi que leur perception des soins périnataux sont traités dans l'**Enquête sur l'expérience de la maternité**. L'étude pilote a eu lieu à l'automne 2002 et l'enquête est en préparation. Elle fait partie du programme Système canadien de surveillance périnatale, administré par un comité multisectoriel et pluridisciplinaire. L'**Enquête sur les avortements thérapeutiques** est menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), annuellement depuis 1969, en collaboration avec Statistique Canada. Les fichiers administratifs des hôpitaux sont utilisés comme source principale d'information dans cette enquête, laquelle constitue à toutes fins pratiques un recensement des avortements légaux provoqués, le qualificatif thérapeutique datant d'avant 1988 alors que l'acte était interdit sauf pour des raisons thérapeutiques. Un questionnaire postal est également envoyé aux administrateurs de cliniques privées et aux départements de la Santé de certains États américains frontaliers où des Canadiennes subissent des avortements; des données agrégées seulement sont fournies. Cette enquête fournit des données sur le nombre d'avortements provoqués et sur les grossesses à l'adolescence.

Plusieurs enquêtes sur le tabac et autres toxicomanies ont été réalisées au Canada depuis dix ans, auprès des jeunes comme des adultes. L'**Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada** de Statistique Canada vise les personnes de 15 ans et plus et ce, selon une collecte semestrielle (presque en continu) depuis 1999. Elle est représentative au niveau provincial et procède par entrevue téléphonique assistée par ordinateur. Des questions supplémentaires visent à assurer la comparabilité internationale. Elle porte presque exclusivement sur le tabac. L'**Enquête sur les toxicomanies au Canada** de Santé Canada vise également les personnes de 15 ans et plus. Réalisée en 2003-2004, elle est la première enquête depuis 1994 portant sur l'alcool et les drogues. La collecte se fait par entrevue téléphonique assistée par ordinateur. Elle devrait être répétée aux trois à cinq ans.

L'**Enquête sur les Campus canadiens** du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) vise les étudiants universitaires à temps plein de 50 campus. Elle porte non seulement sur le tabac et l'alcool mais aussi sur l'usage de drogues illicites et les jeux de hasard. Le questionnaire est postal ou en ligne, au choix. Santé Canada suit également le tabagisme chez les élèves des niveaux primaire et secondaire dans l'**Enquête sur le tabagisme chez les jeunes** réalisée en 2002 puis en 2004-2005. C'est la première sur ce sujet auprès des jeunes depuis 1994. Une périodicité bisannuelle est visée. La consommation d'alcool et de drogues illicites est également vérifiée. Les parents sont interrogés par entrevue téléphonique.

Parmi les autres habitudes de vie ayant été l'objet d'enquêtes au Canada, l'activité physique occupe une place privilégiée puisqu'elle est suivie de façon systématique par l'Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. Le **Sondage indicateur de l'activité physique** est réalisé annuellement depuis 1997 alors que d'autres enquêtes, plus irrégulières, étaient faites depuis 1981. Le sondage fait partie du Programme de suivi des références d'activité physique qui examine chaque année un thème différent d'activité physique. Deux outils sont utilisés : le Sondage indicateur de l'activité physique qui vise les personnes de 15 ans et plus et un volet « Capacité » ou « Systèmes » qui se concentre sur les capacités d'un environnement donné à appuyer l'activité physique des personnes. Les thèmes généraux concernent les habitudes et les attitudes quant aux activités physiques et la sensibilisation aux occasions d'activité physique. En 2003, on a examiné les croyances et les connaissances des parents au sujet de l'activité chez les enfants et les jeunes, la sensibilisation de ces derniers aux directives sur l'activité physique, les obstacles, etc. En 2001, on a décrit les habitudes d'activité physique en milieu de travail dont l'utilisation de modes de transport actifs pour se rendre au travail ou faire des courses, les formes de soutien social à l'activité physique en milieu de travail, etc. En 2000, on s'est concentré sur les habitudes des enfants et les possibilités offertes en garderie et en milieu scolaire. En 1999, l'accès aux informations sur l'activité physique dans les communautés et les obstacles systémiques à la pratique chez les adultes et les enfants ont été étudiés. Enfin, en 1998, les déterminants de l'activité physique : connaissances, attitudes, intention et auto-efficacité ont été considérés. Selon l'Institut qui les a réalisées, les enquêtes sont comparables d'une année à l'autre en ce qui a trait au niveau d'activité physique, les questions étant semblables. On note cependant que les méthodes de collecte ont varié : en 1981 et 1988, la collecte s'est faite à domicile alors qu'elle est faite au téléphone depuis 1995. Ainsi, les taux de réponse sont passés de 85 % (à domicile) à 50 % à 65 % selon l'année (par téléphone).

La nutrition constitue le thème du cycle 2.2 de l'ESCC de Statistique Canada, en 2004. Les personnes de tous âges vivant en ménage privé sont visées. L'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition** comporte des mesures anthropométriques et un rappel alimentaire de 24 heures; la collecte se déroulait en personne. Les personnes de 12 ans et plus étaient appelées à répondre pour elles-mêmes alors que pour les enfants de 6-11 ans l'entrevue se déroulait avec l'aide d'un parent; les parents répondaient pour les moins de 6 ans. Les apports alimentaires, le bien-être nutritionnel, le poids et la taille mesurés directement (2 ans et plus) et l'insécurité alimentaire sont les thèmes principaux. Cette enquête à représentativité provinciale suscite de grandes attentes en raison notamment des mesures anthropométriques qui permettront de dresser un portrait plus valide de l'indice de masse corporelle, mais surtout parce qu'elle actualise les données de nutrition des Canadiens : la dernière enquête de ce type datait de 1970-1972. Une enquête plus modeste, la **Tracking Nutrition Trends Survey**, porte sur la nutrition, les connaissances, les attitudes et les habitudes déclarées par les adultes de 18 ans et plus. La collecte de 2004 marquait le 5^e cycle, les précédents ayant eu lieu en 1989, 1994, 1997 et 2001. Depuis 2001, la collecte se déroule au téléphone; les précédentes se déroulaient en personne. Les questions clés se

répètent d'un cycle à l'autre; de nouvelles questions s'ajoutent pour répondre aux préoccupations du moment. L'enquête est financée par des partenaires de l'industrie, Santé Canada et Agriculture et Agroalimentaire Canada; elle est réalisée par l'Institut national de nutrition et le Conseil canadien de l'information sur les aliments (maintenant le Conseil canadien des aliments et de la nutrition). L'échantillon était de 2 405 personnes en 2004.

L'**Enquête sur l'exposition au soleil** menée en 1996 par Statistique Canada a permis de recueillir des données sur les comportements de protection et d'exposition au soleil et les attitudes concernant la perception du risque et le besoin de protection. Les personnes de 15 ans et plus ont été interrogées par entrevue téléphonique assistée par ordinateur. Les parents étaient interrogés aussi au sujet de leurs enfants.

Finalement, une enquête d'envergure de Statistique Canada, l'**Enquête sociale générale** en était à son 18^e cycle en 2004. Il s'agit d'une série annuelle qui existe depuis 1985. Les objectifs généraux de cette enquête sont de suivre les tendances sociales, plus précisément l'évolution des conditions de vie et du bien-être des Canadiens, et de fournir des renseignements rapides sur des questions de politique sociale d'intérêt. Chaque cycle de l'enquête comporte un thème principal, un thème particulier et des questions exploratoires. Elle a porté tour à tour sur : la santé, l'emploi du temps, les risques auxquels est exposée une personne, les études, le travail et la retraite, la famille et les amis, l'entraide et le soutien social, l'accès et l'utilisation des technologies de l'information et des communications, le soutien social et le vieillissement, puis le capital social. Plusieurs de ces thèmes ont été traités à plus d'une reprise, à 5 ou 6 ans d'intervalle. La langue, les services aux victimes, les pratiques culturelles et sportives, la consommation de drogues et d'alcool, etc. figurent parmi les thèmes particuliers. Les cycles récents incluent également des questions qualitatives visant à sonder les perceptions. La population cible est généralement celle de 15 ans et plus ou, exceptionnellement, de 45 ans et plus. À partir de 1999, la taille des échantillons a été doublée.

Mentionnons aussi, dans le domaine social, l'**Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation** (2000) réalisée par Statistique Canada en complément de l'Enquête sur la population active. Cette enquête qui vise les personnes de 15 ans et plus avait aussi été réalisée en 1987 et en 1997.

- *Provinces canadiennes*

Au Québec, plusieurs enquêtes thématiques de type transversal ont été faites auprès de l'ensemble de la population, des adultes ou des jeunes dans les écoles (tableau 5).

Concernant les soins de santé, deux enquêtes ont évalué un service d'information à la population. **Info-santé CLSC : L'accessibilité, la qualité et l'efficacité reconnues** et **La connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence** visaient d'une part les usagers du service quant à la qualité du service et leur satisfaction et, d'autre part, les patients des salles d'urgence dont l'état n'était pas considéré urgent pour vérifier leur accès au service. Les trois enquêtes suivantes ont été réalisées pour le ministère

de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Relativement à la satisfaction de la clientèle, le **Sondage sur la satisfaction des clientèles des hôpitaux et des clientèles des CLSC** visait les personnes de 14 ans et plus ayant été hospitalisées (34 734 personnes) ou ayant visité un CLSC (43 316 personnes) au cours d'une période de 12 mois en 2001-2002. Le **Profil des médecins du réseau public en santé au travail** a été réalisé en 1994-1995 par le Comité sur les effectifs médicaux en santé au travail. Il s'agissait d'une enquête postale auprès de médecins et coordonnateurs locaux et régionaux oeuvrant en santé au travail. Enfin, sur un tout autre sujet, l'**Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux** auprès du personnel de ces services a été réalisée dans environ 400 établissements.

Trois enquêtes sur divers aspects de l'état de santé de la population ou des adultes ont été réalisées. D'abord, l'**Enquête québécoise sur les limitations d'activités**, rattachée à l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1998 de Santé Québec (ISQ depuis 1999), a mesuré le taux d'incapacité par niveau de gravité pour l'ensemble de la population au Québec et 16 des 18 régions sociosanitaires. Parmi les thèmes de l'enquête figuraient : la nature de l'incapacité, les besoins d'aide et l'aide reçue dans les activités de la vie quotidienne, les limitations au travail ou dans les activités de loisirs ou autres, le désavantage, les aides techniques utilisées et requises, etc. Le rattachement de cette enquête à une enquête générale (auprès de tous les membres du ménage) a permis nombre d'analyses comparatives de la population avec et sans incapacité portant sur l'état de santé, la consommation de médicaments, le type de ménage, etc. De plus, le taux d'incapacité en 1998 a pu être comparé à ceux de l'Enquête canadienne sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et 1991 de Statistique Canada.

Les deux enquêtes suivantes visent un sous-groupe de la population adulte. L'Institut de la statistique du Québec réalise une enquête bisannuelle depuis 2002, l'**Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque** chez les personnes de 50 ans et plus. Un court questionnaire est complété lors d'entrevues téléphoniques en mars et avril, après la campagne annuelle du MSSS pour la vaccination. La couverture vaccinale contre l'influenza est mesurée au niveau provincial et régional, alors que celle contre le pneumocoque l'est à l'échelle du Québec seulement. En 2004, la taille de l'échantillon était de 3 623 personnes répondant pour elles-mêmes et parfois pour une autre personne du ménage, pour un total de 5 507 répondants. La Direction de la santé publique de Montréal-Centre a réalisé en 1994-1995 l'**Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans**. Un questionnaire auto-administré ainsi qu'un examen dentaire ont été faits auprès de 2 110 adultes.

Concernant les habitudes de vie, l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé, faite par téléphone auprès d'un sous-échantillon de 2 153 personnes de 15 ans et plus de l'Enquête sociale et de santé de 1998. La collecte s'est étendue sur une période de 12 mois. Les activités physiques pratiquées ainsi que leur fréquence, durée et intensité ont été mesurées. L'**Enquête sur le port du casque de sécurité** de la Société de l'assurance automobile du Québec procède par observation des cyclistes et des patineurs dans un échantillon de zones

urbaines, de parcs, pistes et bandes cyclables et de routes numérotées pendant trois à quatre semaines en juin et juillet. Les 13 régions administratives couvertes sont considérées représentatives pour la province. Le port d'équipements de sécurité de plus de 13 000 utilisateurs de bicyclette et patins à roues alignées de tous âges est noté par des observateurs. L'enquête a lieu depuis 1993 et se tient aux deux ans depuis 2000.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a réalisé pour la seconde fois en 2003 l'**Enquête provinciale sur l'herbe à poux : implication du milieu municipal**. Les actions entreprises pour l'éradication de l'herbe à poux, facteur important d'allergies respiratoires, en sont le thème. Un questionnaire postal destiné aux gestionnaires municipaux a été envoyé à environ 1 000 municipalités ou arrondissements.

Une autre enquête rattachée à l'Enquête sociale et de santé de 1998, **La violence envers les conjointes dans les couples québécois** a été menée par téléphone auprès d'un sous-échantillon de l'ESS. Elle visait les femmes de 18 ans et plus (n=2 120) vivant en couple hétérosexuel. La prévalence de la violence psychologique, physique et sexuelle a été estimée. Une telle enquête populationnelle a eu lieu une seule fois à ce jour, la précédente (1992-1993) ne s'étant pas révélée représentative de la population visée.

Des enquêtes québécoises thématiques ont par ailleurs ciblé les enfants et les adolescents au cours de la période 1995-2005. Réalisée par la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, l'**Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans** (1997-1998), puis celle des **élèves de 11-12 ans et de 13-14 ans** (1996-1997), a rejoint de 7 000 à 10 000 élèves qui ont été examinés par un dentiste, et un de leurs parents qui a rempli un questionnaire auto-administré. L'**Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois – Volet nutrition**, rattachée à l'enquête du même nom, volet sociosanitaire (enquête générale), a rejoint 1 934 élèves de 6 à 16 ans dans les écoles publiques et privées du Québec et leurs parents en 1999; les plus jeunes étaient rencontrés à domicile en présence d'un parent. Une nutritionniste administrait un rappel alimentaire de 24 heures, mesurait le poids et la taille et remettait un questionnaire à l'enfant et au parent. La connaissance concernant la nutrition des enfants a été complétée par l'**Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans**, en 2002, visant à quelques exclusions près, la cohorte née en 1997-1998 et faisant partie de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (voir section 6.3.1). Ainsi, 1 550 familles ont été rejointes ainsi que le milieu de garde de l'enfant, le cas échéant. Outre le rappel alimentaire de 24 heures administré par une nutritionniste, les mesures comprenaient un court questionnaire auto-administré par le parent et des mesures directes du poids, de la taille et des plis cutanés.

Tableau 5

Sommaire des enquêtes transversales thématiques dans les provinces canadiennes, 1995-2005

Province	Nom de l'enquête	Thème principal	Année
Québec	Info-Santé CLSC : L'Accessibilité, la qualité et l'efficacité reconnus	Soins de santé	1997, unique
Québec	La connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence	Soins de santé	1997-1998, unique
Québec	Sondage sur la satisfaction des clientèles des hôpitaux et les clientèles des CLSC	Soins de santé	2001-2002, unique
Québec	Profil des médecins du réseau public en santé au travail	Soins de santé	1994-1995, unique
Québec	Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux	Questions sociales	2001, unique
Québec	Enquête québécoise sur les limitations d'activités	Incapacité	1998
Québec	Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque	Vaccination	Bisannuelle depuis 2002
Québec	Étude sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans	Santé buccodentaire	1994-1995, unique
Québec	Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé	Activité physique	1998, unique
Québec	Enquête sur le port du casque de sécurité	Prévention des accidents	Annuelle de 1993 à 2000 ; bisannuelle de 2000 à 2004
Québec	Enquête provinciale sur l'herbe à poux : implication du milieu municipal en 2003	Environnement	2001, 2004
Québec	La violence envers les conjointes dans les couples québécois	Violence conjugale	1998, unique
Québec	Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 56 ans et de 7-8 ans	Santé buccodentaire	1997-1998
Québec	Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et de 13-14 ans	Santé buccodentaire	1989-1990 ; 1996-1997
Québec	Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. Volet nutrition	Nutrition	1999, unique
Québec	Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans	Nutrition	2002, unique
Québec	Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire	Substances psychoactives	Bisannuelle depuis 1998
Québec	L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois : enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires	Contraception / protection contre les MTS	1994, 1996
Québec	La violence familiale dans la vie des enfants du Québec	Violence parentale	1999, 2004
Provinces de l'Atlantique	Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces	Substances psychoactives	1991 (NÉ), 1996, 1998, 2002 (2003 pour TN)
Terre-Neuve et Labrador	Nutrition Newfoundland and Labrador	Nutrition	1996, unique
Nouvelle-Écosse	Nova Scotia Video Lottery Players' Survey	Jeux de hasard	1997-1998
Ontario	Ontario Hospital Report Acute Care	Soins de santé	Annuel depuis 1999
Ontario	Ontario Student Drug Use Survey	Substances psychoactives	Bisannuelle depuis 1977
Ontario	CAMH Monitor	Substances psychoactives	Mensuelle; en continu depuis 1977
Ontario	Ontario Nutrition and Cancer Prevention Survey	Nutrition	2000-2001; unique
Manitoba	Substance Use Among Manitoba High School Students	Substances psychoactives	1995, 1997, 2001
Manitoba	Food and Nutrition in Manitoba Schools	Nutrition	2001
Manitoba	Manitoba Nutrition Survey 1998-1999	Nutrition	1998-1999
Saskatchewan	Gambling and Problem Gambling in Saskatchewan	Jeux de hasard	1993, 2001
Alberta	Alberta Youth Experience Survey	Substances psychoactives	2002; bisannuelle
Alberta	Alberta Survey on Physical Activity	Activité physique	2000, 2002; bisannuelle
Alberta	Alberta Health Survey	Soins de santé	Annuelle depuis 1995
Colombie-Britannique	British Columbia Nutrition Survey	Nutrition	1999

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.3B en annexe.

L'**Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire** est réalisée dans les écoles privées et publiques aux deux ans depuis 1998. Elle rejoint près de 5 000 jeunes pour une représentativité provinciale. Les thèmes incluent la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et, depuis 2002, la participation aux jeux de hasard. Un questionnaire auto-administré d'une heure environ est utilisé en classe. Un taux de réponse de 93,4 % a été atteint en 2002. Le MSSS a réalisé une enquête postale sur **L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois : enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires**, soit 966 écoles et 160 CLSC. Finalement, **La violence familiale dans la vie des enfants du Québec** est une enquête quinquennale réalisée en 1999, reprise en 2004, au sujet des conduites parentales à caractère violent (agression psychologique, violence physique mineure ou sévère) envers les enfants de moins de 18 ans vivant avec leur mère. En 2004, un échantillon de pères a également été interrogé sur les mêmes thèmes : conduites parentales et attitudes concernant la punition corporelle, violence conjugale, violence vécue dans l'enfance, soutien social du parent et quelques autres facteurs associés aux conduites envers les enfants.

Dans les provinces de l'Atlantique, une enquête commune aux quatre provinces (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve incluant le Labrador) vise les élèves des écoles publiques secondaires; elle est réalisée aux deux à cinq ans depuis 1991. En 2002, Terre-Neuve n'a pu participer et a mené sa propre enquête l'année suivante. La **Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces** porte sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et sur la participation aux jeux de hasard; en 2002, la santé mentale a été ajoutée. Le questionnaire proposé aux élèves des niveaux scolaires 7, 9, 10 et 12 comporte environ 100 items. Cette enquête est représentative de chacune des provinces grâce à des échantillons d'environ 2 500 à 4 200 élèves.

La **Nutrition Newfoundland and Labrador** a été réalisée en 1996 pour le ministère de la Santé de cette province, auprès de la population de 18 à 74 ans vivant en ménage privé. Environ 2 000 personnes ont été enquêtées, la moitié au printemps et l'autre moitié à l'automne, à l'aide d'un rappel alimentaire de 24 heures, d'un questionnaire de fréquence de consommation alimentaire, d'un questionnaire sur la santé et la nutrition et de mesures anthropométriques.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a conçu, en 1997, une enquête provinciale visant à estimer la proportion de joueurs compulsifs de loterie vidéo et à identifier les caractéristiques sociodémographiques des joueurs (compulsifs ou non) et les facteurs de risque afin d'élaborer un plan de prévention et de traitement efficace. Cette enquête, intitulée **Nova Scotia Video Lottery Players' survey**, est élaborée en deux volets téléphoniques indépendants. Le premier volet, soit le VL Player Survey, a été effectué à partir d'un échantillon de 11 691 ménages. Ces derniers ont été contactés afin d'identifier les joueurs réguliers de loterie vidéo parmi les personnes de 19 ans et plus. Un total de 9 339 ménages ont collaboré pour un taux de réponse de 80 %; ces ménages comprennent 18 650 adultes. Parmi les ménages répondants, 927 joueurs réguliers ont été identifiés,

dont 711 ont accepté de répondre à un questionnaire portant sur leurs habitudes de jeu, sur leur motivation, sur leur comportement et sur des caractéristiques sociodémographiques (emploi, tabac, alcool, etc.). Le taux de réponse global a donc été de 61 %. Le second volet, nommé General Population Survey, servait principalement à valider l'estimation de la proportion de joueurs réguliers obtenue à partir du premier volet. Pour ce faire, un échantillon de 400 adultes a été tiré pour répondre à une entrevue téléphonique (taux de réponse de 61 %). Il semble qu'aucune différence significative n'a été trouvée. En 2000, un suivi, soit le 2000 Regular VL Players Follow up, a été mis en place dans le but d'étudier les facteurs pouvant contribuer au développement ou à la résolution des problèmes de jeu. Un taux de réponse global très faible a été obtenu des anciens ou actuels joueurs réguliers en 1997-98 ; cette enquête ne sera donc pas présentée dans la section des enquêtes longitudinales car seul l'échantillon transversal se révèle représentatif de la population.

L'Ontario s'est dotée d'un programme d'enquêtes sur les soins de santé. L'Ontario Hospital Report : **Acute Care** comprend deux enquêtes en quatre volets : satisfaction des patients, utilisation des services et résultats, performance et condition financière des établissements, intégration et changement du système de soins. L'enquête est annuelle depuis 1999. Plusieurs instruments de collecte sont utilisés : un questionnaire auto-administré adressé au directeur de l'hôpital et rempli par la personne la plus apte à répondre à chaque section ; un questionnaire auto-administré visant le patient ; les données de fichiers administratifs des hôpitaux, traitées par l'Institut canadien d'information sur la santé. Sur le plan individuel, environ 47 000 à 55 000 épisodes-patients ont été analysés en 2003-2004 ou en 2004-2005 alors que sur le plan hospitalier, 108 hôpitaux ont participé. Certaines variables sont estimées par hôpital, lorsque 100 questionnaires de patients au moins sont disponibles. En 2005, la mesure de satisfaction des patients sera différente des années antérieures pour se conformer à une mesure utilisée en Europe et aux États-Unis (version modifiée du Picker Acute Care Survey, non présentée).

C'est l'Ontario qui a réalisé les enquêtes répétées les plus anciennes au Canada sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, tant chez les jeunes que chez les adultes. La **Ontario Student Drug Use Survey** et la **CAMH Monitor** (Centre for Addiction and Mental Health) datent en effet de 1977. La première, bisannuelle, est réalisée dans les écoles élémentaires, intermédiaires et secondaires, publiques et catholiques régulières; les écoles privées étant exclues. Deux questionnaires sont utilisés et remplis chacun par la moitié de l'échantillon; ils comprennent de 165 à 171 items et les deux tiers du contenu sont communs. Outre la consommation de substances psychoactives, on y mesure l'utilisation des services et la santé mentale. L'enquête est représentative pour sept régions sociosanitaires. La seconde enquête, visant les adultes de 18 ans et plus, est mensuelle et la stratégie est semblable : deux questionnaires sont utilisés, pendant six mois chacun, dont les deux tiers du contenu sont communs. Plus récemment, une section sur la conduite et la rage au volant a été ajoutée.

L'Ontario a réalisé deux enquêtes de nutrition au cours de la période 1995-2004. Réalisée une seule fois, l'**Ontario Nutrition and Cancer Prevention Survey** procède par entrevue téléphonique assistée par ordinateur

auprès de la population de 18 à 64 ans. En 2000-2001, la collecte s'est faite en cinq langues ; elle s'est étendue sur 12 mois comme la plupart des enquêtes de nutrition. L'enquête est représentative pour huit régions sociosanitaires. Quoique Statistique Canada ait utilisé des méthodes rigoureuses pour réaliser l'**Ontario Food Survey** en 1997-1998, cette étude n'a pas permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population (non présentée au tableau), le taux de réponse étant trop faible (29 %), à l'instar de celui obtenu en Saskatchewan (46 %). Elle visait les personnes de 18 à 74 ans vivant en ménage privé.

Comme les autres provinces, le Manitoba réalise une enquête sur la consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire; la **Substance Use Among Manitoba High School Students** est une enquête réalisée en 2001 de même qu'en 1995 et 1997. Cependant, on a peu de renseignements sur les méthodes utilisées; par exemple, on ne connaît pas la représentativité de l'échantillon d'écoles qui est basé sur l'intérêt pour le programme de l'Addictions Foundation of Manitoba, responsable de l'étude. Une enquête sur divers aspects de la nutrition : programmes de nutrition, installations scolaires, sécurité alimentaire, etc. **Food and Nutrition in Manitoba schools**, a été menée en 2001 auprès des administrateurs, enseignants, conseillers ou autres responsables de la nutrition dans l'ensemble des écoles primaires et secondaires. Comme au Québec (avant 1995) et en Ontario, une enquête de nutrition auprès des adultes de 18-74 ans, **Manitoba Nutrition Survey**, a été réalisée en 1998-1999 mais peu d'information est disponible les résultats n'étant pas encore publiés (prévus en 2006). Sera-t-elle représentative de la population visée?

Une seule enquête a été recensée en Saskatchewan : **Gambling and Problem Gambling in Saskatchewan**. Elle concernant les jeux de hasard et les problèmes qui y sont reliés tels que l'abus d'alcool ou de drogues et les problèmes de santé mentale. Elle a été réalisée par entrevues téléphoniques auprès des personnes de 19 ans et plus, pour la seconde fois en 2001.

L'Alberta Youth Experience Survey porte sur la consommation de tabac, de drogues et d'alcool chez les élèves de la 7^e à la 12^e année et sur leur participation aux jeux de hasard. L'**Alberta Survey on Physical Activity** vise la population de 18 ans et plus, jointe par téléphone aux deux ans. L'échantillon modeste d'environ 1 200 répondants se veut représentatif de la province divisée en trois régions. L'**Alberta Health Survey** menée annuellement auprès de la population adulte également porte surtout sur la qualité des services de santé et la satisfaction des usagers. Il s'agit d'une courte entrevue téléphonique auprès d'environ 4 000 personnes, représentatives de neuf régions sociosanitaires.

La Colombie-Britannique a également réalisé une enquête sur la nutrition en 1999. La **British Columbia Nutrition Survey** visait les adultes de 19 à 84 ans. Les méthodes sont semblables à celles de l'enquête de nutrition de Terre-Neuve et Labrador.

5.2 États-Unis

Les enquêtes transversales thématiques réalisées aux États-Unis sont listées au tableau 6. L'ordre de présentation qui suit tient compte des organismes producteurs, soit le National Center for Health Statistics qui a réalisé la majorité des enquêtes, le National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC), les National Institutes of Health et enfin, divers organismes responsables d'un petit nombre d'enquêtes.

- *Enquêtes du National Center for Health Statistics*

La série **National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)** réfère à des enquêtes d'une complexité inégalée parmi les enquêtes de ce genre dans les pays recensés. Réalisée de façon périodique sans volet nutrition entre 1960 et 1970 (NHES I à NHES III), puis avec un volet nutrition de 1971 à 1994 (NHANES I à NHANES III), l'enquête est faite en continu depuis 1999. Les données sont rendues disponibles à tous les deux ans, cependant la combinaison de plusieurs cycles de deux ans (par exemple, 1999-2002) est fortement recommandée pour l'analyse. Les renseignements sur la taille des échantillons et les taux de réponse ne semblent pas disponibles sur Internet contrairement à beaucoup d'autres informations (instruments de collecte, thèmes, etc.). L'étude spéciale HHANES (Hispanic HANES) auprès des populations latino-américaines a été réalisée de 1982 à 1984 dans trois régions des États-Unis; la région du sud-ouest comprenait un sous-groupe d'américains d'origine mexicaine. La série comprend en outre une enquête de suivi épidémiologique (Epidemiologic Follow-Up Survey, NHEFS) rattachée à NHANES I (non commentée dans la section sur les enquêtes longitudinales).

Débutant par des entrevues à domicile à l'aide de trois questionnaires: un questionnaire de sélection, un questionnaire aux personnes ainsi qu'un s'adressant au ménage, en plus de questionnaires audio-auto-administrés par ordinateur (ACASI en anglais) pour les sujets délicats, l'enquête se poursuit par des examens physiques sur rendez-vous dans un centre d'examens mobile (CEM). Dans ces CEM, une équipe ainsi composée : un médecin, un dentiste, deux intervieweurs en nutrition, trois technologistes médicaux, cinq techniciens en santé, une personne pour les prises de sang, deux intervieweurs et un responsable des données informatisées, réalise une série d'examens pouvant durer jusqu'à trois heures. Trois CEM circulent dans le pays 10 mois et demie par année, sept jours par semaine, ouverts tour à tour en matinée, après-midi ou soirée. Les examens physiques comprennent de nombreux tests : audiométrie, équilibre, vision, force musculaire, condition cardiovasculaire, poids, taille et autres mesures corporelles, composition corporelle, tension artérielle, santé buccodentaire, rappel alimentaire de 24 heures, échantillons de sang, d'urine et de cheveux, échantillon de poussières du domicile (mercure) et de composés organiques volatiles dans l'air, examen vaginal, etc. Les enfants de moins d'un an ou les personnes de 60 ans et plus incapables de se déplacer ou ne souhaitant pas le faire peuvent avoir des examens à domicile.

Cette enquête permet de poursuivre des objectifs tels que : étudier des relations entre la diète, la nutrition et la santé; explorer les problèmes émergents en santé publique et les nouvelles technologies; constituer un échantillon national de matériel génétique pour la recherche future.

Trois enquêtes annuelles sur l'immunisation visent autant de sous-groupes de population. La **National Immunization Survey** vise les enfants âgés entre 19 et 35 mois. Le parent est joint par téléphone (composition aléatoire) et, si ce dernier consent, le médecin ou un autre professionnel responsable des vaccins est aussi sollicité par questionnaire postal. En 2004, le taux de réponse des ménages a été de 73 % et la collaboration des professionnels de soins, de 71 %. La **National Adult Immunization Survey** est une enquête téléphonique visant les adultes de 50 ans et plus. Peu de renseignements sur celle-ci ont été trouvés; par exemple, vise-t-elle seulement les ménages privés? Si le répondant y consent, des données sont recueillies par la suite auprès des fournisseurs de vaccins, soit les médecins ou les cliniques. C'est dans la même optique qu'est réalisée la **National Teen Immunization Survey**. De ces deux enquêtes, on ne connaît pas les taux de réponse au questionnaire ou au recueil de données des fournisseurs de vaccins.

Les trois enquêtes thématiques suivantes utilisent le module SLAITS (State and Local Area Integrated Telephone Survey) présenté à la section 4.1. La **National Asthma Survey** vise les personnes de tout âge souffrant d'asthme; l'entrevue téléphonique porte sur leur environnement et leur état de santé. Autre enquête du module SLAITS, la **National Survey of Children with Special Health Care Needs** vise les enfants non assurés de ménages à faible revenu pour un nombre d'environ 39 000 enfants, comparés avec ceux qui n'ont pas de besoins spéciaux quant à l'accès aux soins de santé (environ 176 000). Les besoins dont il est question sont les besoins de soins et services qu'entraînent la présence d'un problème chronique, de développement, de comportement ou d'un problème émotionnel, ou d'un risque accru de ceux-ci. L'accès aux soins, la qualité et la continuité des services, les modes de paiement sont parmi les thèmes abordés; un supplément porte sur l'assurance-santé. La **National Survey of Early Childhood Health** porte sur la santé et les soins donnés aux enfants de 4 à 35 mois et leurs parents; elle est faite sur un échantillon d'à peine plus de 2 000 enfants.

La **National Health Interview Survey on Disability** découle de l'enquête nationale de santé (NHIS), laquelle sert à la sélection des personnes pour des questionnaires sur l'incapacité visant quatre groupes : les enfants (moins de 18 ans), les adultes (18 ans et plus), les personnes de 69 ans et plus sans incapacité déclarée ou les personnes ayant une histoire de poliomyélite. Cette enquête a été réalisée une seule fois, en 1994-1995, sur une année entière.

La National Health Care Survey est un programme comprenant six enquêtes thématiques : d'abord, la **National Hospital Discharge Survey** qui décrit les données hospitalières, annuelle depuis 1965; la **National Ambulatory Medical Care Survey** sur les soins médicaux ambulatoires, dont le répondant est le médecin; la **National Hospital Ambulatory Medical Care Survey** sur les soins ambulatoires, hospitaliers cette fois, recueillant des données sur l'hôpital auprès d'un administrateur puis dans les dossiers médicaux; la **National Home and Hospice Care Survey**, visant l'administration de l'établissement et le membre du personnel le mieux renseigné sur les soins donnés à chacun des patients; la **National Nursing Home Survey** sur les résidences avec soins de santé, semblable à la précédente; enfin, la **National Survey of Ambulatory Surgery**, recueillant des données auprès d'un

représentant de l'hôpital puis dans les fichiers médicaux. Les enquêtes de la série utilisent la même stratégie de collecte : entrevue auprès d'un administrateur de l'hôpital suivie de l'examen des fichiers de données hospitalières d'un échantillon de patients. Les deux enquêtes sur les résidences de soins et hospices utilisent une méthode différente : une entrevue auprès du membre du personnel connaissant le mieux les soins donnés à tel patient jumelée à une entrevue auprès d'un administrateur de l'établissement. Elles sont actuellement annuelles (soins médicaux et chirurgicaux) ou aux deux ans (hospices et services de résidences). Les objectifs sont vastes et se rejoignent : décrire les caractéristiques des patients, les raisons des consultations, les soins reçus, les diagnostics, la médication, le type de paiements, etc. Pour ce qui est des résidences avec soins et services, il s'agit de décrire, outre les caractéristiques des usagers, le type de propriété et de certification, la localisation, les services offerts, les sources de paiement des usagers, leur état de santé et leur statut fonctionnel ainsi que la durée de séjour.

Tableau 6
Sommaire des enquêtes transversales thématiques aux États-Unis, 1995-2005

Nom de l'enquête	Thème principal	Année
National Health and Nutrition Examination Survey	Santé – mesures Nutrition	Depuis 1960; périodique entre 1971 et 1994; en continu depuis 1999
National Immunization Survey	Vaccination	Annuelle depuis 1994
National Teen Immunization Survey	Vaccination	Annuelle
National Adult Immunization Survey	Vaccination	Annuelle
National Asthma Survey	Santé – déclarations	2003
National Survey of Children with Special Health Care Needs	Soins de santé	2000; 2002
National Survey of Early Childhood Health	Soins de santé	2000
National Health Interview Survey on Disability	Incapacité	1994-1995; unique
National Hospital Discharge Survey	Soins de santé	Annuelle depuis 1965
National Ambulatory Medical Care Survey	Soins de santé	Annuelle de 1973 – 1981; 1985; annuelle depuis 1989
National Hospital Ambulatory Medical Care Survey	Soins de santé	Annuelle
National Home and Hospice Care Survey	Soins de santé	Bisannuelle depuis 1992
National Nursing Home Survey	Soins de santé	1973, 1977, 1985, 1995, 1997, 1999
National Survey of Ambulatory Surgery	Soins de santé	Annuelle depuis 1994
National Survey of Family Growth	Contraception / grossesse	1973, 1976, 1982, 1988, 1995, 2002
School Health Policies and Programs Study	Santé – politique / programmes	1994; 2000; prévue en 2006
School Health Profiles	Santé – politique / programmes	Bisannuelle depuis 1996
Youth Risk Behavior Surveillance Survey	Substances psychoactives	Bisannuelle depuis 1991
National College Health Risk Behavior Survey	Substances psychoactives	Bisannuelle depuis 1995
National Alternative High School Youth Risk Behavior	Substances psychoactives	1998
Monitoring the Future	Substances psychoactives	Annuelle depuis 1975
Assessing the attitudes, knowledge, and awareness of HIV vaccine research among adults in the United States	Protection contre les MTS	2002
National Survey on Drug Use and Health	Substances psychoactives	Annuelle depuis 1972
Gambling Impact and Behavior Study	Substances psychoactives et jeux de hasard	1975, 1998-1999
Veterans Health Survey	Prévention	1998, 1999

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.4 en annexe.

La **National Survey of Family Growth** est faite pour le compte du NCHS par l'Institut pour la recherche sociale (Université du Michigan). Les personnes de 15 à 44 ans sont interrogées au sujet de leurs comportements en matière de sexualité et de contraception; les intervieweurs sont toutes de sexe féminin pour ce sujet délicat. Un suréchantillon d'adolescents et de personnes d'origine latino-américaine est tiré. La collecte s'étend sur une année entière et est réalisée environ aux six ans depuis 1973.

- *Enquêtes du National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*

Le Centre national pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé (CDC) réalise diverses enquêtes dans le milieu de l'éducation. Certaines sont réalisées auprès des directeurs et des enseignants et d'autres, auprès des jeunes. La **School Health Policies and Programs Study** combine des informations provenant de trois sources : les responsables régionaux de l'éducation, les directions d'école et les enseignants des classes de santé et d'éducation physique des écoles élémentaires et des collèges. Environ 1 500 enseignants de chacun des deux types de classe sont interrogés. On documente l'éducation à la santé, les services de santé dans les écoles, les règlements concernant le tabac, l'alcool, les drogues, les armes et la violence. Elle est réalisée aux six ans depuis 1994. Une enquête semblable (**School Health Profiles**) est réalisée dans les collèges et universités fréquentés par les jeunes de 18 à 24 ans, aux deux ans depuis 1995. Celle-ci, qui utilise des questionnaires postaux, connaît des difficultés quant au taux de réponse, ceux-ci étant de moins de 50 % pour certains états qui, dans ce cas, ne sont pas inclus dans la présentation des résultats.

Les enquêtes dans lesquelles les comportements des jeunes sont mesurés font partie du programme Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), dont le but est de suivre l'évolution des comportements à risque pour la santé ainsi que leur co-occurrence, cela tant au niveau national que local. Tout d'abord, la **Youth Risk Behavior Survey (YRBS)** interroge les étudiants des écoles secondaires depuis 1991 sur la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, les relations sexuelles non protégées, les accidents et blessures, les tentatives de suicide, etc. En 2003, l'échantillon est d'environ 15 000 étudiants et le taux de réponse, de 67 %. La **National College Health Risk Behavior Survey** vise environ 5 000 étudiants non gradués de 18 ans ou plus dans les collèges et universités. La collecte dure environ six mois et porte sur les mêmes thèmes que la YRBS. Le taux de réponse des jeunes est d'environ 60 % et celui des institutions, de 92 %. De même, la **National Alternative High School Youth Risk Behavior** vise les élèves des écoles secondaires alternatives (9^e à 12^e année) c'est-à-dire celles accueillant les jeunes délinquants, les jeunes ayant des problèmes émotifs ou de comportement ou les jeunes filles enceintes. Près de 9 000 élèves sont touchés et le taux de réponse global de 66 % découle d'un taux de réponse de 81 % des écoles et de 82 % des élèves.

- *Enquêtes réalisées ou financées par National Institutes of Health*

L'Institute for social research réalise **Monitoring the future** pour le National Institute on Drug Abuse. Les connaissances, opinions et consommations des jeunes de 8^e, 10^e et 12^e année constituent les thèmes d'un

questionnaire rempli au cours d'une période de classe régulière. Cette enquête est faite annuellement depuis 1975. En 12^e année, un sous-échantillon est tiré pour un suivi longitudinal par questionnaire postal. Près de 50 000 élèves participent dans environ 400 écoles secondaires privées ou publiques. Elle comporte donc un volet longitudinal mais de moindre importance que le volet transversal.

Réalisée par l'Institut national de l'allergie et des maladies infectieuses, une enquête intitulée **Assessing the attitudes, knowledge, and awareness of HIV vaccine research among adults in the United States** a été réalisée en 2002 par entrevue téléphonique auprès des adultes, prenant soin de bien représenter les populations afro-américaine, latino-américaine et homosexuelle masculine.

- *Autres enquêtes*

La **National Survey on Drug Use and Health** est réalisée par une instance du ministère de la Santé (DHHS), la Direction de l'abus de substances et des services de santé mentale. Les entrevues sont réalisées en face-à-face, assistées par ordinateur et pour les questions sensibles, « audio-auto-administrées » par ordinateur (ACASI en anglais). L'enquête vise les personnes de 12 ans et plus et comprend un suréchantillon pour les 12-17 ans et les 18-25 ans. Les problèmes de santé mentale y sont également investigués. Annuelle depuis 1972, l'enquête est représentative de huit états en plus du niveau national.

L'étude **Gambling Impact and Behavior Study** a été réalisée en 1975 et en 1998-1999. Lors de cette dernière, environ 2 400 adultes et 500 jeunes ont été interrogés (16 ans ou 18 ans et plus selon les sources consultées) ainsi que des propriétaires des commerces en question. Pour ces derniers, les entrevues sont faites en personne alors qu'elles sont faites par téléphone pour la population. Des données statistiques concernant la criminalité, l'emploi, les revenus, etc. sont jumelées aux données d'enquêtes. Elle est réalisée pour la National Gambling Impact Study Commission par le National Opinion Research Center de l'Université de Chicago.

Les anciens combattants bénéficient d'une administration des services de santé qui leur est propre, relevant du ministère des Affaires des vétérans. La **Veterans Health Survey** visait ceux d'entre eux qui avaient eu recours à certaines cliniques de soins primaires de santé au moins une fois au cours d'une année. Les soins en prévention ou en promotion de la santé (vaccins, tests de dépistage, conseils, etc.) sont documentés auprès de plus de 67 000 vétérans ayant consulté dans 148 services. Le taux de réponse au questionnaire, en 1999, est de 67 %.

5.3 France

La France a réalisé de nombreuses enquêtes thématiques sur des sujets variés : soins de santé, périnatalité, incapacité, santé au travail, nutrition, comportements à risque, etc. Une vingtaine d'enquêtes ont été recensées en dix ans; elles sont présentées au tableau 7.

Plusieurs aspects des soins de santé ont été étudiés. L'**Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques** a été réalisé pour la première fois entre 2001 et 2003 auprès des patients ayant un tel diagnostic; l'enquête est prévue aux cinq ans. Elle regroupe des informations de sources multiples : questionnaires au patient et si ce dernier accepte, questionnaires au médecin traitant et relevé d'information médicale au dossier. L'état de santé, les habitudes alimentaires, les besoins relatifs aux soins, la qualité de vie et les remboursements des dépenses médicales sont examinés. **La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social** et **l'Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003** sont deux enquêtes portant sur les soins de santé des usagers de drogues faites auprès des équipes de soins. La première a été répétée annuellement entre 1987 et 1997, puis aux trois ans. Elle concerne les patients de trois catégories d'établissements : les hôpitaux généraux ou psychiatriques, les établissements spécialisés dans le traitement des usagers de drogues et les établissements sociaux. La prévalence de l'usage de drogues dans la population ne peut être estimée à partir de cette enquête qui vise les usagers de soins et de services, usagers par ailleurs hétérogènes les uns par rapport aux autres selon la catégorie d'établissements. La collecte de données est faite auprès des usagers ainsi que des équipes de soins. La seconde enquête vise les personnes détenues en établissement pénitencier en France (métropolitaine et DOM); les répondants sont les médecins-inspecteurs des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Parmi les objectifs, figure une meilleure prise en charge des personnes en vue de la sortie de prison.

Des enquêtes ont été recensées sur d'autres aspects des soins de santé : **l'Enquête permanente sur la prescription médicale** par l'IRDES; l'enquête **Baromètre santé médecins généralistes**, portant sur leurs pratiques médicales relatives à la prévention et **Baromètre santé : enquête auprès des pharmaciens d'officine** portant sur leurs pratiques également; ces deux dernières semblent maintenant réalisées aux cinq ans par l'INPES. **L'Enquête sur les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité** de l'IRDES est une enquête à la fois quantitative et qualitative. Elle implique une collecte de données sous diverses formes : un volet social visant le personnel d'accueil, un volet médical rempli par le médecin et finalement, un entretien qualitatif de type récit de vie réalisé auprès d'un sous-groupe de l'échantillon.

Quelques enquêtes thématiques portent sur l'état de santé. D'abord, **l'Enquête nationale périnatale**, de l'INSERM, est une enquête par recensement, c'est-à-dire auprès de toute la population visée (moins un petit nombre d'exclusions quelquefois). Elle concerne les pratiques médicales et les facteurs de risque en périnatalité ainsi que les choix de consultation et de lieu pour accoucher.

Outre l'enquête longitudinale Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID), deux enquêtes transversales concernent les personnes avec incapacité ou handicap. La première est l'enquête **Personnes handicapées et emploi** rattachée à l'Enquête annuelle Emploi de 2002. Celle-ci a permis de sélectionner 8 947 personnes avec

incapacité pour les interroger sur leur situation d'emploi, leurs limitations ou handicaps au travail et les aides techniques dont ils ont besoin. La seconde enquête, **Enquête HID prisons**, s'inspire fortement des enquêtes HID-ménages et HID-institutions. L'échantillon de 1 314 personnes représente les personnes majeures détenues au 1^{er} mai 2001 en France métropolitaine, avec handicap (n=950) et un groupe témoin sans handicap (n=364).

L'**Enquête noyades** est la première de ce type en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Toutes les noyades ayant fait l'objet de secours organisés ont été documentées par un intervenant de l'équipe, la journée même. Les caractéristiques des victimes, les causes et circonstances de l'accident et les conséquences (décès, hospitalisation, séquelles, etc.) de plus de 3 000 noyades volontaires ou accidentelles ont ainsi été recensées au cours de l'été 2002. L'enquête a aussi eu lieu en 2001 et en 2003.

Le surpoids et l'obésité de la population adulte est l'objet d'une enquête postale triennale l'**Enquête épidémiologique sur l'obésité et le surpoids en France**, communément appelée ObEpi. Elle est réalisée depuis 1997 par l'Institut Roche de l'obésité (un laboratoire pharmaceutique) en collaboration avec l'INSERM. Cette enquête suscite l'intérêt par sa répétition et son important échantillon de 25 770 personnes interrogées en 2003, représentant la population de 15 ans et plus en ménage privé. Constitué à partir de plusieurs sources, dont des fichiers loués à France-Télécom, à l'INSEE, etc., et des adresses de personnes déjà interviewées, l'échantillon ne semble pas strictement aléatoire; de plus, de 4 % à 10 % seulement de l'échantillon de départ accepte de faire partie de la base de sondage de laquelle est ensuite tiré l'échantillon. La représentativité de ce dernier est contrôlée pour certaines variables, mais peu d'information est disponible sur le sujet.

La santé au travail est couverte par une enquête d'envergure, **Surveillance médicale des risques professionnels**, réalisée auprès d'environ 50 000 salariés couvrant des secteurs de l'emploi de plus en plus vastes. Soulignons que malgré l'importance de l'échantillon, la collecte est réalisée par des médecins du travail sur une base volontaire (taux de réponse de 89 %). Une enquête sur l'état de santé d'une seule catégorie de travailleurs, les agents de l'Agence Nationale pour l'emploi, implique aussi les médecins du travail. Il s'agit d'un échantillon beaucoup plus modeste (n=2 036) et on a peu d'information sur les méthodes et les objectifs de l'enquête **Travail et santé à l'ANPE. La prévention des troubles musculo-squelettiques dans une usine de l'automobile** chez les agents de production a fait l'objet d'une enquête dans cinq établissements de Renault, Ford, Matra et Peugeot. La collecte des données a été réalisée par des médecins du travail. Des résultats ont été communiqués dans un colloque mais les résultats complets ne sont pas rendus publics.

Trois enquêtes sur la nutrition ont aussi été réalisées en France. D'abord, une enquête auprès de la population générale de 3 ans et plus: l'**Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires** en 1999. Les instruments de collecte se limitaient à un questionnaire auto-administré et un carnet de consommation sur sept jours. L'**Étude Nationale Nutrition-Santé** prévue en 2005 (non présentée au tableau) et aux 5 ans par la suite, sera beaucoup plus élaborée: diverses mesures et prélèvements ont été réalisés: mesures

anthropométriques, échantillons sanguin et d'urine, tension artérielle et questionnaire auprès de 6 000 personnes.

Baromètre santé nutrition, une enquête réalisée aux trois ans par téléphone, touche divers aspects de la nutrition (habitudes alimentaires, connaissances et opinions, activité physique mais aussi un rappel alimentaire de 24 heures). L'échantillon d'un peu plus de 3 000 personnes pour la France, plus environ 2 000 pour deux régions intéressées, vise les personnes de 12 à 75 ans. Le rappel alimentaire ne comprend pas les quantités consommées — ce qui serait difficile au téléphone. Enfin, les jeunes sont l'objet d'une attention particulière dans **Comportements alimentaires des 16-30 ans**. On a peu d'information sur cette enquête si ce n'est que 4 683 jeunes ont été interrogés en 2001 en face-à-face et examinés dans un Centre d'examens de santé; on sait également peu de choses sur la nature de l'échantillon. Les thèmes sont tous reliés à l'alimentation : taille et poids, précarité, habitudes alimentaires, comportements préventifs et activité physique.

Tableau 7

Sommaire des enquêtes transversales thématiques en France, 1995-2005

Nom de l'enquête	Thème principal	Année
Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques	Soins de santé	2001-2003 ; 2005 ; aux 5 ans (cycles de 3 ans)
La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social	Soins de santé	Annuelle entre 1987 et 1997 ; 1999 ; 2003
Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003	Soins de santé	2003
Enquête permanente sur la prescription médicale	Soins de santé	Trimestrielle depuis 1991 ; en continu
Baromètre santé médecins généralistes	Soins de santé	1992, 1993, 1994, 1998, 2003
Baromètre santé : enquête auprès des pharmaciens d'officine	Soins de santé	1998 ; 2003
Enquête sur les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité	Soins de santé	2000
Enquête nationale périnatale	Périnatalité	2003 ; quinquennale
Personnes handicapées et l'emploi (mars 2002)	Incapacité	2002
Enquête HID Prisons	Incapacité	2001 ; unique
Enquête noyades	Prévention des accidents	2001, 2002, 2003
Enquête épidémiologique sur l'obésité et le surpoids en France	Obésité / surpoids	Triennale depuis 1997
Surveillance médicale des risques professionnels	Santé au travail	1994 ; 1987 ; 2002-2003
Travail et santé à l'ANPE	Santé au travail	1997-1998
La prévention des TMS dans une usine de l'automobile	Santé au travail	1997
Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires	Nutrition	1999
Baromètre santé nutrition	Nutrition	Triennale depuis 1996
Comportements alimentaires des 16 à 30 ans	Nutrition	2001
Conscription	Substances psychoactives	Annuelle de 1987 à 1996 ; discontinuée
Enquête sur la santé et les consommations de drogues lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD)	Substances psychoactives	2003 ; annuelle
Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)	Violence	2000

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.5 en annexe.

L'enquête **Conscription**, sur les comportements et l'état de santé des jeunes hommes de 17-25 ans au cours de leur service militaire, a été menée pendant une dizaine d'années (1987-1996) par le Laboratoire Espace Santé et Territoire de l'Université Paris X. Elle a été remplacée depuis 2000 par l'**Enquête sur la santé et les**

consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, laquelle touche les jeunes de 17-18 ans des deux sexes. Les deux enquêtes ont utilisé des échantillons de jours plutôt que de personnes.

Finalement, une enquête à portée sociale, l'**Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)** a été réalisée en 2000 auprès de 6 970 femmes de 20 à 59 ans. L'entrevue téléphonique portait sur les violences interpersonnelles de tous types (verbale, psychologique, physique et sexuelle), tant dans les espaces privés que publics.

5.4 Royaume-Uni

Les enquêtes thématiques transversales réalisées au Royaume-Uni depuis 1995 (tableau 8) touchent la qualité des soins de santé et la satisfaction des usagers des services sociaux; la situation des aidants naturels; la santé mentale et la santé dentaire; la nutrition et divers comportements à risque (tabagisme, usage d'alcool et de drogues, contraception et sexualité, exposition au soleil).

Les enquêtes ayant pour objet les soins de santé ou les services sociaux sont réalisées par le ministère de la Santé. Deux séries d'enquêtes ont eu lieu au cours de la décennie 1995-2005 : l'une sur la qualité des soins de santé et l'autre sur la satisfaction des usagers de services sociaux. Dans les enquêtes sur la qualité des soins, plusieurs dimensions sont étudiées : accès aux soins, confort physique, services et environnement hospitaliers, information et communication, implication du patient, coordination et continuité des soins, sortie de l'hôpital et période de transition. Le même questionnaire de base est utilisé. Les patients avec un diagnostic de maladie cardiovasculaire puis ceux avec certains types de cancer ont été ciblés dans des enquêtes réalisées en 1999, la **Coronary heart disease survey** et en 1999-2000, la **National Cancer Survey**. En 2001-2002 et 2002, ce fut au tour des patients des hôpitaux de soins de courte durée (**Acute Inpatient Survey**) et des patients des médecins omnipraticiens (**General practice survey**). La base de sondage est constituée des fichiers administratifs des hôpitaux pour ce qui est des patients hospitalisés ou ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire ou d'un cancer; pour ce qui est des patients des omnipraticiens, plus nombreux dans la population générale, l'échantillon est tiré du registre électoral. Tous sont rejoints par questionnaire postal.

Les trois enquêtes **Personal Social Services** portant sur la satisfaction relative aux services sociaux reçus comportent des questionnaires courts. La première, annuelle depuis 2000-2001, vise l'ensemble des usagers de 18 ans et plus (2001-2002). La seconde est faite auprès des usagers de services domestiques âgés de 65 ans et plus (2002-2003); elle devrait être répétée dans trois ans. La troisième vise les personnes de 18-64 ans recevant des services à domicile en raison d'incapacités physiques ou sensorielles (2003-2004). Ces enquêtes semblent être utilisées principalement pour la publication de bulletins statistiques dans le cadre des mesures de la performance pour la Commission for Social Care Inspection.

Finalement, une vaste enquête faite en 2003 et en 2004 auprès des travailleurs du système public de santé, la **NHS staff survey**, se poursuivra annuellement sous l'égide de la Commission des soins de santé (Healthcare Commission). Près de 218 000 travailleurs sont impliqués dans cette enquête qui procure des données à l'échelle de chacun des groupes d'hôpitaux (*trusts*) ou par type d'hôpitaux. Les autorités locales sont mises à contribution pour la collecte de données. Les mesures portent sur de nombreux aspects du bien-être et de la santé au travail : conciliation vie-travail, approbation, formation et développement, travail d'équipe, santé et sécurité, erreurs et incidents, stress, tâches et satisfaction, gestion et supervision, harcèlement et violence. Elle peut être considérée comme faisant partie de l'évaluation de la performance du système de soins de l'Angleterre.

Tableau 8
Sommaire des enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni, 1995-2005

Nom de l'enquête	Thème principal	Année
Coronary heart disease Survey (UK)	Soins de santé	1999
National cancer Survey (UK)	Soins de santé	1999-2000
Acute Inpatient Survey (UK)	Soins de santé	2001-2002
General practice Survey	Soins de santé	1998, 2002
Personal Social Services user experience Survey 2001-2002	Soins de santé / Services sociaux	Annuelle depuis 2000-2001
Personal Social Services: Survey of home care users in England aged 65 or over 2002-2003	Soins de santé / Services sociaux	2002-2003 ; prévue 2005-2006
Personal social services : Survey of physically disabled and sensory impaired users in England aged 18-64 , 2003-2004	Soins de santé / Services sociaux	2003-2004
NHS staff Survey	Soins de santé	Annuelle depuis 2003
Carers 2000	Santé – déclarations	2000-2001 ; quinquennale depuis 1985
Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain	Santé mentale	1993; 2000
Survey of the mental health of carers living in England	Santé mentale	2001
Survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales	Santé mentale	1997
Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates	Santé mentale	1999
National Survey of the mental health of young people looked after by local authorities in England	Santé mentale	2001
Adult Dental Health Survey (UK)	Santé dentaire	1998; décennale depuis 1968
National Diet and Nutrition Survey	Nutrition	1986-1987, 2000-2001; 4 enquêtes visant 4 groupes d'âge, une aux 3 ans
Low Income Diet and Nutrition Survey	Nutrition	2003-2005
Drug use, smoking and drinking among young people in England	Substances psychoactives	Bisannuelle de 1982 à 1998; annuelle depuis 1998
Drinking : adults' behaviour and knowledge (UK)	Substances psychoactives	1997, 2000, 2002, 2004
Survey on smoking behaviour and attitudes (UK)	Substances psychoactives	Annuelle depuis 1995
Survey on contraception and sexual health	Contraception / prévention MTS	Annuelle depuis 1997-1998
Sun exposure adults' behaviour and knowledge	Exposition soleil	1997

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.6 en annexe.

Carers 2000 est une enquête auprès des aidants naturels rattachée à l'enquête générale auprès des ménages (General Household Survey); elle permet de suivre aux cinq ans la proportion des personnes aidant un proche âgé, malade ou handicapé. Les caractéristiques de l'aide apportée et l'état de santé des personnes recevant de l'aide et de celles qui en donnent sont aussi mesurés.

L'Office for National Statistics (ONS) réalise une série d'enquêtes sur la santé mentale de l'ensemble de la population, qui visent respectivement les adultes en ménage privé, les personnes en institution psychiatrique, les usagers de services reconnus comme ayant des problèmes de santé mentale, les aidants naturels et les prisonniers. Les enquêtes suivantes sont incluses dans cette recension: **Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain**, **Survey of the mental health of carers living in England** et **Survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales**. Chacune de ces enquêtes prévoit une entrevue en face-à-face par un intervieweur suivie dans certains cas d'une entrevue et d'un jugement clinique par un psychologue ou un psychiatre. Les résultats permettent de dresser un portrait de la santé mentale dans l'ensemble de la population. Mentionnons également, sur ce sujet de la santé mentale, une enquête longitudinale auprès des enfants et adolescents (section 6.3.1); et une enquête, impliquant à la fois des entrevues structurées et des entretiens en profondeur réalisés par le NCRS, auprès d'adultes de 16 à 74 ans de six groupes ethniques minoritaires (**Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates**). De plus, la **National survey of the mental health of young people looked after by local authorities in England** est réalisée au sujet des jeunes de 5 à 17 ans sous protection sociale. Cette dernière est pilotée par l'Office for National Statistics et fait participer à la collecte de données les services sociaux locaux. L'information est recueillie auprès des parents, tuteurs ou enseignants, et auprès d'eux-mêmes pour ce qui est des plus vieux parmi les jeunes.

L'Office for National Statistics a réalisé une enquête à domicile nécessitant une organisation élaborée : **Adult Dental Health Survey**. Cette enquête auprès des adultes est réalisée aux dix ans depuis 1968; intervieweurs et dentistes ont participé à la collecte de données de 1998 auprès d'environ 6 000 personnes pour ce qui est des entrevues et d'environ 4 000 personnes en ce qui a trait aux examens dentaires.

L'Office for National Statistics a également réalisé la National Diet and Nutrition Survey, en 2000-2001. Cette enquête sur l'alimentation et la nutrition est la seconde en quinze ans auprès des adultes vivant en ménage privé. Elle fait partie d'une série de quatre enquêtes visant autant de groupes d'âge, des enfants d'un an et demi à quatre ans et demi jusqu'aux adultes de 65 ans et plus. Celle de 2001 a été faite auprès des personnes de 19 à 64 ans. Elle comprend deux entrevues à domicile (par des intervieweurs), un journal de sept jours sur l'alimentation et un sur l'activité physique, des mesures anthropométriques, une mesure de la tension artérielle, la prise d'échantillons de sang et d'urine ainsi que d'un échantillon d'eau pour la mesure du niveau de fluor. Une personne qualifiée pour la prise de sang (*phlebotomist*) est impliquée. À ces mesures, s'ajoutent entre autres un auto-décompte des dents saines et des dents traitées. Une autre enquête de ce type, **Low Income Diet and Nutrition Survey**, est en cours en 2003-2005 et vise plus précisément les personnes (adultes et enfants) en situation de précarité financière; peu de renseignements sont disponibles actuellement sur cette enquête de la Food Standards Agency.

Pour ce qui est des comportements à risque, d'abord, l'enquête annuelle **Drug use, smoking and drinking among young people in England** sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues des adolescents de 11 à 15 ans. Un suivi plus détaillé est fait sur chacun de ces thèmes tour à tour selon les années.

Une enquête omnibus, réalisée chaque mois à domicile auprès d'un échantillon différent de la population, est utilisée pour les enquêtes suivantes. **Drinking : adults' behaviour and knowledge** mesure l'évolution des attitudes et comportements relatifs à l'alcool chez les personnes de 16 ans et plus chaque année depuis 1997. La consommation de tabac est également mesurée chaque année auprès de la population adulte de 16 ans et plus (**Survey on smoking behaviour and attitudes**). L'enquête omnibus sert également de véhicule à la **Survey on contraception and sexual health**, une enquête annuelle. Dans ce dernier cas, la collecte des données est faite sur quatre mois échelonnés au long de l'année. Finalement, l'exposition au soleil a fait l'objet d'une enquête ponctuelle en 1997, **Sun exposure adults' behaviour and knowledge**.

5.5 Australie

Rappelons d'abord que la recension des enquêtes transversales de l'Australie, comme celle de la Nouvelle-Zélande, n'est pas complète. Trois enquêtes thématiques ont été recensées en Australie pour la dernière décennie (tableau 9) une enquête sur la nutrition auprès de l'ensemble de la population, une enquête auprès de la population adulte sur l'incapacité, le vieillissement et les aidants naturels et enfin, une enquête sur la santé mentale visant les adultes en ménage privé.

L'enquête **Survey of Disability, Ageing and Carers** fait partie d'une série ; elle est répétée à divers intervalles depuis 1981 et prévue aux six ans à partir de 2003. Elle est réalisée à la fois auprès de la population en ménage privé et en institution (à l'exception des institutions carcérales) et auprès des aidants naturels, ce qui permet de dresser un portrait assez complet de la situation. Les données sont représentatives par état, au nombre de huit. Elles concernent la population de tout âge ; les entrevues sont réalisées en face-à-face.

La **National Nutrition Survey** concerne la population âgée de deux ans et plus en ménage privé. Elle est réalisée auprès d'un sous-échantillon de la National Health Survey, les données peuvent donc y être reliées. Deux à trois personnes par ménage sont sélectionnées, parmi lesquelles toutes les personnes de 65 ans et plus. À l'instar des enquêtes de nutrition réalisées dans d'autres pays, elle comporte un ou deux rappels alimentaires de 24 heures, une entrevue sur les comportements et attitudes relatifs à l'alimentation et des mesures anthropométriques. La collecte a été réalisée sur une période de 12 mois en 2003.

La **National Survey of Mental Health and Wellbeing** vise uniquement les adultes vivant en ménage privé. En raison de la complexité de l'entrevue, seul l'anglais est utilisé et aucune entrevue auprès d'un substitut n'est acceptée. Les données concernent les problèmes de santé mentale ou physique, les incapacités (selon une définition

différente de celle de l'enquête Survey of Disability, Ageing and Carers), l'utilisation des services de santé et les besoins concernant celle-ci. Elles sont représentatives pour chacun des huit états d'Australie.

5.6 Nouvelle-Zélande

Dans les enquêtes recensées en Nouvelle-Zélande, l'accent est mis sur l'organisation des services de santé et sur la nutrition de la population (tableau 9).

Le travail du personnel de la santé est l'un des éléments de la qualité des services. L'enquête **Non-practising Nurses and Midwives** en 2000 porte sur les raisons de ne pas travailler et sur les conditions d'un retour au travail. Son intérêt est par conséquent très spécifique.

Tableau 9
Sommaire des enquêtes transversales thématiques en Australie, en Nouvelle-Zélande et internationales, 1995-2005

Pays	Nom de l'enquête	Thème principal	Année	No. du tableau
Australie	National Nutrition Survey	Nutrition	1995; unique	C.7
Australie	Survey of Disability, Ageing and Carers	Incapacité / Vieillesse	1981, 1988, 1993, 1998, 2003; prévue aux 6 ans à l'avenir	C.7
Australie	National Survey of Mental Health and Wellbeing	Santé mentale	1997; unique	C.7
Nouvelle-Zélande	Non-Practising Nurses and Midwives	Soins de santé	2000; unique	C.8
Nouvelle-Zélande	National Children's Nutrition Survey	Nutrition	2002; unique	C.8
Nouvelle-Zélande	New Zealand National Nutrition Survey	Nutrition	1997; unique	C.8
Internationale	La santé mentale en population générale : Images et Réalités	Santé mentale	1998-2000 1 ^{re} phase; 2 ^e phase en 2001	C.9

Ces enquêtes sont décrites aux tableaux C.7 à C.9 en annexe.

Les enquêtes de nutrition couvrent la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé (1997) et la population de 5 à 14 ans, soit les enfants d'âge scolaire (2002). Elles semblent réalisées selon les méthodes les plus strictes. Soulignons aussi le rattachement de la **New Zealand National Nutrition Survey** à l'enquête générale New Zealand Health Survey, qui offre de nombreuses possibilités d'analyse. Les enquêtes de nutrition impliquent plusieurs mesures relativement intrusives : mesures anthropométriques incluant plis cutanés et diverses circonférences, échantillon sanguin, échantillon d'urine (enfants), tension artérielle (adultes), en plus du rappel alimentaire de 24 heures et de plus d'un questionnaire. Mentionnons un questionnaire sur l'exposition à des produits toxiques dans l'enquête auprès des adultes. Le taux de réponse est relativement bas (50 %) mais a fait l'objet d'une étude de la non-réponse. La **National Children's Nutrition Survey** auprès des enfants présente la particularité de visites à l'école doublées de visites à domicile. Les mesures physiques sont prises à l'école alors que les entrevues sont faites à la maison en présence d'un parent afin d'obtenir des données valides sur l'alimentation. Les collectes sont faites sur une étendue de 12 mois (11 mois pour les enfants).

5.7 Enquêtes internationales

Une seule enquête internationale thématique a été recensée : **La santé mentale en population générale : Images et Réalités** (tableau 9). Sept pays y ont participé, dont la France. La première phase de collecte a eu lieu en 1998-1999 et a porté sur près de 11 000 adultes de 18 ans et plus sur 16 sites (14 en France, 4 à l'étranger); dans la seconde phase (1999-2003), 40 000 adultes ont été interrogés en France, sans compter ceux de l'étranger. L'enquête se situe dans le cadre d'une recherche-action et vise à décrire les représentations de la folie (axe socio-anthropologique) et à évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale (axe épidémiologique). L'axe anthropologique est exploré grâce à un questionnaire d'une cinquantaine de questions ouvertes, semi-ouvertes ou fermées. L'axe épidémiologique utilise un questionnaire diagnostique structuré et validé (le MINI). Les entrevues se déroulent en face-à-face. La méthodologie d'échantillonnage varie cependant selon les sites : dans certains sites, il s'agit d'échantillons par quotas (basés sur la structure d'âge, de sexe et de profession de la population); dans d'autres sites, il s'agit de sondages en grappes à deux degrés. Les données ont été redressées pour être représentatives de la population visée. L'Organisation mondiale de la Santé est l'un des organismes participants.

6. Enquêtes longitudinales

Seules les enquêtes dont l'échantillon est enquêté, en partie ou entièrement, à plusieurs moments espacés dans le temps sont considérées longitudinales. Dans ce document, les analyses longitudinales réalisées à partir de fichiers administratifs sont exclues, même si parfois ces fichiers sont couplés aux données d'une enquête transversale.

Les enquêtes longitudinales recensées sont analysées selon le regroupement suivant :

- les enquêtes de santé auprès de populations générales couvrant une grande partie de la population;
- les enquêtes panel de ménages dont le sujet s'étend au-delà du domaine de la santé;
- les enquêtes touchant une partie de la population caractérisée selon l'âge. Entre autres, on y retrouve des enquêtes portant sur les enfants et les adolescents et d'autres sur les personnes âgées;
- les enquêtes dont la population cible est définie par une profession ou par une entreprise;
- les enquêtes portant sur des populations diverses n'appartenant pas aux quatre autres catégories.

6.1 Enquêtes longitudinales auprès de populations générales

Ces enquêtes longitudinales s'adressent à l'ensemble ou à la majorité de la population. Peu de ces enquêtes abordent un ensemble de thèmes généraux liés à la santé. Plusieurs pays semblent préférer conduire plusieurs enquêtes longitudinales indépendantes ciblant chacune un sous-groupe distinct de population afin de pouvoir traiter de sujets spécifiques à la santé de ce dernier; cela pourrait expliquer le peu d'enquêtes générales dénombrées (tableau 10).

- *Canada*

À la suite d'une recommandation, en 1991, du Conseil national d'information sur la santé, Statistique Canada a mis sur pied une enquête longitudinale nationale visant à recueillir de l'information pouvant servir à améliorer l'état de santé des Canadiens. Cette enquête, l'**Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)** comprend trois volets conduits parallèlement: le volet ménages, le volet établissements de soins de santé et le volet Nord (voir section 4.1). Les trois premiers cycles de l'ENSP permettent d'effectuer de l'inférence transversale et longitudinale. Toutefois, depuis le quatrième cycle, le volet ménages et le volet établissements sont devenus strictement longitudinaux puisque des informations de nature transversale sont maintenant disponibles grâce à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Le volet Nord n'a été actif que durant trois cycles. Il couvrait la population civile du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest (pour ce volet voir section 4.2).

Le volet ménages cible les Canadiens vivant dans les ménages privés d'une des dix provinces (à l'exception de quelques exclusions). En 1994, un échantillon initial de 16 010 logements a été obtenu en se basant sur le plan de sondage de l'Enquête sur la population active (EPA) et sur celui de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 pour le Québec. Des intervieweurs se sont rendus aux logements sélectionnés afin d'interviewer les ménages y habitant. Des renseignements généraux étaient d'abord recueillis pour chacun des membres des ménages par

l'intermédiaire d'une entrevue assistée par ordinateur auprès d'un des membres. Ensuite, une personne par ménage, âgée de 12 ans et plus, était sélectionnée aléatoirement pour procéder à une entrevue à propos de son état de santé (vision, ouïe, élocution, mobilité, mémoire, etc.), de problèmes de santé chroniques, de limitations d'activités, de l'utilisation de soins de santé, de sa consommation d'alcool et de renseignements sociodémographiques. Le taux de réponse est évalué à 83 %. L'échantillon longitudinal de l'ENSP est composé des répondants à ce premier cycle et des 2 022 répondants au premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), soit un total de 17 276 répondants. À ce jour, cinq cycles additionnels, soit un à tous les deux ans, ont été complétés au moyen de collectes téléphoniques et quatre autres cycles sont prévus. Les renseignements concernant les enfants de moins de 12 ans sont recueillis par procuration. Les sujets traités sont constants à l'exception de certains modules pouvant être intégrés au questionnaire d'un cycle donné. Par exemple, le questionnaire du cycle 5, tenu en 2002, couvrait les thèmes supplémentaires suivants : le sommeil, l'image corporelle, la nutrition et la dépendance à l'égard de l'alcool. Plus de 80 % de l'échantillon longitudinal était toujours suivi à l'aube du cycle 6.

Tableau 10
Sommaire des enquêtes longitudinales auprès de populations générales, 1995-2005

Nom de l'enquête	Pays ou territoire	Thème principal	Année
Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)	Canada	État de santé	Début en 1994, suivi aux deux ans
Enquête sur le tabagisme au Canada	Canada	Tabagisme	Mai 1994, août 1994, novembre 1994, février 1995
Medical Expenditure Panel Survey	États-Unis	Soins de santé	Début en 1996, suivi annuel
National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)	États-Unis	Alcool et drogue	2001 et 2004
Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID)	France	Handicap et incapacité	Volet établissement: 1998-2000. Volet à domicile: 1999-2001
Better or Worse	Royaume-Uni	Santé mentale	2000, 2001, 2002
Negotiating the Life Course	Australie	Étapes importantes de la vie	1997, 1999, 2000

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.10 en annexe.

Le volet établissements sonde les résidents à long terme (plus de six mois) d'établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces. Pour ce faire, un échantillon d'établissements a été puisé d'une liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes établie par l'Institut canadien d'information sur la santé et d'une liste des hôpitaux tenue à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Un intervieweur se rendait aux établissements sélectionnés et demandait que l'on remplisse un questionnaire sur les politiques de l'établissement. Il procédait alors à la sélection de résidents. Une entrevue en face-à-face était réalisée avec le résident échantillonné ou par procuration auprès d'un membre du personnel ou d'un proche. Les thèmes abordés étaient similaires à ceux du volet ménages. Finalement, un membre du personnel de l'établissement fournissait des renseignements sur les médicaments pris par les résidents sélectionnés et sur leurs

contacts avec des professionnels de la santé. Les 2 287 participants constituent l'échantillon longitudinal et l'échantillon transversal du premier cycle. Le taux de réponse au premier cycle a été de 88 %. Au cycle 4, 98 % de l'échantillon longitudinal aurait été réinterrogé, dont 71 % par procuration (30 % auprès d'un proche). Les décès parmi les échantillons longitudinaux pouvaient être détectés par le biais de la Base canadienne de données de l'état civil. On y soutirait la cause et la date du décès.

Une enquête longitudinale nationale sur le tabagisme a également été réalisée en 1994 et en 1995 par Statistique Canada, soit l'Enquête sur le tabagisme au Canada. Des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé, sélectionnées par l'entremise d'une génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT), ont été enquêtées à quatre reprises durant cette période. Cette enquête visait à connaître les habitudes et les motifs de consommation des Canadiens et à évaluer l'effet des prix sur la consommation. Sur les 15 804 répondants au premier cycle (taux de réponse de 75 %), environ 79 % ont participé aux trois cycles suivants.

- *États-Unis*

Le **Medical Expenditure Panel Survey** est une enquête annuelle permettant d'observer l'évolution de l'utilisation et des coûts des soins de santé aux États-Unis. Depuis ses débuts en 1996, cette enquête, élaborée par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), s'est complexifiée et compte maintenant quatre composantes permettant d'enquêter les ménages, les établissements, les employeurs et les professionnels de la santé.

La composante ménages, soit le corps de l'enquête, est la seule composante longitudinale. À chaque année, un nouveau panel de ménages est obtenu à partir des répondants au plus récent Health Interview Survey (NHIS). Par exemple, le panel introduit en 1996 comprenait 10 500 ménages. Chaque panel est enquêté à cinq reprises dans un intervalle de 24 mois ce qui permet d'observer l'utilisation des soins de santé du ménage et de chacun de ses membres sur une période de deux ans. Les cinq vagues de collecte se déroulent à domicile via des entrevues assistées par ordinateur auprès de chaque membre (par procuration pour les personnes de moins de 18 ans). Un questionnaire ménage est également complété lors de la première vague. Les thèmes abordés sont l'utilisation et les coûts des soins de santé, l'assurance maladie, l'accessibilité des soins, l'état de santé, la qualité des soins, les caractéristiques sociodémographiques, etc. Le taux de réponse d'un panel donné à l'ensemble des cinq vagues de collecte est habituellement de près de 65 % et ce en tenant compte du taux de réponse au NHIS. Des récompenses monétaires sont accordées aux participants. La combinaison de deux panels adjacents permet de produire des estimations transversales au niveau des ménages et des individus.

Le **National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)** est une enquête longitudinale récente portant sur l'usage d'alcool et de drogues chez les Américains non institutionnalisés de 18 ans et plus. Élaborée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), cette enquête vise

à étudier l'évolution de la consommation d'alcool dans la population et l'association entre la consommation d'alcool et la santé mentale.

Pour procéder à la première vague de collecte, un échantillon de 58 000 ménages a été tiré. En 2001, lors d'une visite à domicile, l'intervieweur devait sélectionner aléatoirement une personne admissible par ménage. Cette personne était interviewée à propos de sa consommation d'alcool, de drogues et de tabac et de celle de sa famille, des traitements qu'elle aurait pu recevoir en cas de dépendance, de certains problèmes mentaux (phobie sociale, anxiété, dépression, etc.) et de victimisation. Le taux de réponse a été de 81 %, soit environ 43 000 entretiens complétés.

En 2004, une seconde vague de collecte a eu lieu. Toutefois, aucune information n'a été trouvée concernant les techniques de collecte employées et le nombre de personnes enquêtées à nouveau. Les sujets traités seraient comparables, à l'exception de certaines mesures additionnelles de la santé mentale, ainsi que des questions concernant les comportements sexuels et la discrimination. Une troisième vague est prévue pour 2008 au cours de laquelle une collecte de matériel génétique devrait être réalisée. Un incitatif monétaire était offert aux participants.

- *France*

En 1997, un rapport d'un groupe de travail du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) soulignait l'importance d'améliorer l'information statistique nationale sur le handicap; la France accusant un retard dans ce domaine. L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) amorça, en 1998, une enquête visant à combler cette lacune. Cette enquête, nommée **Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID)**, prévoyait estimer le nombre de personnes handicapées, évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité, étudier les ressources disponibles pour ces personnes et les besoins non satisfaits. Afin de couvrir l'ensemble de la population en incapacité, un volet de l'enquête ciblait les personnes en établissement alors qu'un second volet concernait les individus vivant dans un ménage privé.

En premier lieu, l'INSEE a tiré un échantillon de 2 075 établissements parmi les établissements pour les handicapés, ceux pour les personnes âgées et les institutions psychiatriques ; seulement 155 ont refusé de coopérer. Dans les établissements échantillonnés, 15 403 pensionnaires ont été sélectionnés pour l'enquête. En 1998, des intervieweurs sont allés rencontrer ces personnes pour une première fois afin de les questionner sur la nature, les causes, les conséquences et l'origine de leurs incapacités, leurs déplacements quotidiens, leur établissement, etc. Pour les jeunes de moins de 16 ans, l'entrevue était réalisée auprès d'une tierce personne, alors que les personnes plus âgées avaient le choix de répondre eux-mêmes ou non. Des questions étaient également posées au personnel des établissements sur l'incapacité des personnes enquêtées. Plus de 14 600 personnes ont complété l'entrevue, soit un taux de réponse d'environ 88 %. Les participants ont été enquêtés à nouveau en 2000 selon la même procédure et sur les mêmes sujets. Aucune information n'a été obtenue sur le taux de suivi.

Le principal défi du volet sur les personnes à domicile était de repérer les personnes avec incapacité dans la population civile. Pour ce faire, une pré-enquête, intitulée Vie Quotidienne et Santé (VQS), a été greffée au recensement de 1999 pour un échantillon de ménages. Parmi les quelques 360 000 personnes répondantes à cette pré-enquête, environ 21 760 présentaient une forme d'incapacité. Durant cette même année, des intervieweurs se sont déplacés pour rencontrer ces personnes avec incapacité. L'entrevue a permis de recueillir de l'information sur la nature et l'origine des incapacités, les activités quotidiennes, l'éducation, le travail, les loisirs, etc. Environ 78 % des personnes ont collaboré à l'enquête. Parmi les répondants, 4 969 d'entre eux n'étaient pas entièrement autonomes et avaient recours à l'aide d'une personne pour accomplir leurs activités quotidiennes ; l'aidant n'étant pas rémunéré. L'aidant principal de 4 091 de ces personnes a été interrogé à propos des conséquences de cette responsabilité sur ses activités, sa vie sociale et son travail. Deux ans plus tard, au cours d'une seconde visite, ces entrevues ont été reconduites auprès des répondants à la vague de 1999. Encore une fois, le taux de suivi n'a pas été documenté. Sur le plan méthodologique, il faut mentionner l'emploi avant-gardiste d'estimateurs de petits domaines.

- *Royaume-Uni*

Better or Worse est le résultat d'un projet de suivi des répondants à une enquête transversale, soit la Psychiatric Morbidity Survey. Cette dernière, réalisée en 2000 par l'Office for National Statistics (ONS), est une reconduction d'une enquête sur la santé mentale effectuée en 1993. Cette enquête cible les personnes de 16 à 74 ans vivant dans un ménage privé de Grande-Bretagne. Par l'entremise d'un plan de sondage à plusieurs degrés, 15 804 adresses ont été sélectionnées. À la suite d'une approche postale, des intervieweurs se sont rendus à ces adresses. Une personne admissible était sélectionnée dans les ménages pour participer à l'enquête. L'entrevue assistée par ordinateur consistait principalement à définir les facteurs de risque et les caractéristiques sociodémographiques, à évaluer la santé mentale et à documenter l'utilisation des soins de santé. Une approbation était demandée aux participants pour que l'on puisse les solliciter à nouveau. Un total de 8 886 entrevues ont été complétées pour un taux de réponse de 70 %.

Par la suite, il a été décidé, dans le cadre d'un projet intitulé Better or worse, de réaliser un suivi après 18 mois auprès d'un échantillon de répondants à l'enquête afin d'observer l'évolution de la santé mentale. Cet échantillon a été obtenu en sélectionnant davantage les répondants présentant des problèmes mentaux. Les entrevues ont été, à nouveau, conduites à domicile, mais, cette fois, par des psychologues afin d'obtenir une évaluation plus rigoureuse de la santé mentale des répondants. Seule une partie touchant l'usage d'alcool et de drogues a été autoadministrée. À partir d'un échantillon de 4 306 personnes, dont 3 536 avaient accepté d'être recontactées, 2 413 entrevues ont été complétées pour un taux de suivi de 56 %.

En 2002, un second suivi a été mis en place afin d'évaluer si les besoins en matière de soins spécialisés en santé mentale ont été comblés. À partir d'un échantillon de 522 répondants au premier suivi affichant des problèmes

mentaux ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues, 305 ont accepté de participer, soit un taux de suivi d'environ 58 %.

- *Australie*

La seule enquête générale repérée en Australie est l'enquête **Negotiating the Life Course** de l'Université nationale d'Australie. Il s'agit d'une enquête téléphonique par composition aléatoire de numéros de téléphone s'adressant à des gens de 18 à 54 ans au moment de leur sélection en 1997. La santé y est toutefois un sujet secondaire ; les thèmes principaux portant sur les moments importants de la vie (mariage, emploi, naissance, décès, etc.). Lors de la première vague en 1997, 7 721 numéros ont permis d'interviewer 2 231 personnes (taux de réponse de 52 %). Deux vagues additionnelles ont été tenues en 1999 et en 2000.

6.2 Enquêtes panel de ménages

Les enquêtes panel de ménages sont caractérisées par l'ampleur de l'information recueillie pour tous les membres du ménage et par la façon de conserver la représentativité de l'échantillon de ménages. En général, tous les membres des ménages de la vague initiale font partie de l'échantillon. Par la suite, les nouvelles personnes vivant avec une personne échantillonnée sont interviewées à ce titre. De plus, les enfants des personnes échantillonnées sont aussi intégrés à l'échantillon afin de conserver la représentativité de la population sauf pour les immigrants. Ces enquêtes sont souvent caractérisées par leur caractère perpétuel octroyant la possibilité d'analyser des relations se produisant sur une longue période. Elles sont habituellement menées par des milieux universitaires et elles couvrent normalement une multitude de sujets dont la santé. Une description des différents panels de ménages est disponible au tableau 11.

- *États-Unis*

L'enquête **Panel Study of Income Dynamics** menée par le Survey research center de l'Université du Michigan, est l'enquête mère de type panel de ménages. Initiée en 1968 pour étudier la dynamique du revenu et principalement la pauvreté, elle aborde maintenant différents sujets dont la santé, depuis 1999, et surtout le développement des enfants.

L'échantillon initial, représentatif de la population des États-Unis, provient de deux sources, soit d'un échantillon général de 2 930 ménages répondants et d'un suréchantillon de 1 872 familles à faible revenu provenant d'une enquête menée par le Bureau of the Census et dont le chef de famille avait moins de 60 ans. Ce dernier échantillon couvrait principalement les régions métropolitaines et était caractérisé par un faible taux de réponse. Par la suite et au gré du financement, différents échantillons ont été ajoutés dont 2 043 ménages latino-américains en 1990. En 1997, un sous-échantillon de l'échantillon principal a été abandonné et remplacé par un échantillon d'immigrants.

La collecte annuelle a débuté en face-à-face et est devenue majoritairement (97,5 % en 1999) téléphonique en 1972. Pour la plupart des vagues, l'information pour tous les membres de la famille est recueillie auprès d'un seul répondant, habituellement le chef de famille. L'entrevue assistée par ordinateur a été introduite en 1993 et est maintenant réalisée aux deux ans depuis 1997. Même si une partie de l'échantillon de départ souffrait d'un faible taux de réponse et que l'enquête de 1968 a connu une attrition de 24 % et celle de 1969, une attrition supplémentaire de 11,5 %, cette enquête a réussi à conserver ses répondants, par la suite, avec un faible taux d'attrition de 1,5 % à 3,1 %.

Cette enquête est reconnue pour avoir fourni les données ayant servi à plus de 2 000 publications dans les domaines social et économique.

Tableau 11
Sommaire des enquêtes longitudinales panels de ménages, 1995-2005

Nom de l'enquête	Pays ou territoire	Année
Panel Study of Income Dynamics	États-Unis	Annuelle de 1968 à 1997 et aux deux ans par la suite
British Household Panel Survey	Royaume-Uni	Début en 1991, suivi annuel
Household, Income and Labour Dynamics in Australia	Australie	Début en 2001, suivi annuel

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.11 en annexe.

- *Royaume-Uni*

L'enquête **British Household Panel Survey** a débuté en 1991 et est dirigée par un institut de recherche de l'Université d'Essex. Ce panel, qui vise tous les ménages privés de la Grande-Bretagne, est une composante d'un programme européen, soit le European Community Household Panel. Le renouvellement principal de l'échantillon, comme pour les autres panels de ménages, s'opère à partir des enfants des personnes échantillonnées.

Depuis 1991, deux instruments sont administrés à domicile par l'intervieweur : un questionnaire visant l'ensemble du ménage, qui peut être répondu par plusieurs personnes du ménage, et un questionnaire individuel répondu par chaque personne de 16 ans et plus. Ces deux questionnaires sont informatisés (IPAO) depuis la huitième vague. Exceptionnellement, on note des entrevues complétées par un tiers (moins de 4 % par année) ou au téléphone (moins de 2 %). À partir de 1994, les jeunes de 11 à 15 ans doivent remplir un questionnaire autoadministré.

En 1991, un échantillon de 8 000 adresses de la Grande-Bretagne a été sélectionné en deux étapes (aire, adresse) à partir d'un fichier de codes postaux. Environ 70 % des admissibles, soit 5 538 ménages, ont répondu aux questionnaires ménage pour un total de 10 264 adultes (16 ans et plus). Parmi ces 10 264 adultes, 7 600 ont répondu à la dixième vague. Des échantillons supplémentaires ont été ajoutés pour bien couvrir tous les pays du

Royaume-Uni : en 1999, 1 500 ménages ont été ajoutés en Écosse et autant au Pays de Galles et en 2001, l'Irlande du Nord a suivi avec 2 000 ménages.

Le marché du travail, le revenu, les avoirs, l'organisation familiale, la consommation, la santé, les valeurs sociales et politiques, ainsi que l'éducation sont abordés à tous les ans. De plus, ce panel, comme tous les autres, permet de mettre en relation tous ces sujets tout en tenant compte de l'environnement familial.

- *Australie*

Mené par un ministère, le Department of Family and Community Services, en collaboration avec le milieu universitaire, le panel de ménages australien **Household, Income and Labour Dynamics in Australia** ressemble au panel britannique. Depuis 2001, une collecte annuelle est réalisée par une firme de marketing privée. Comme particularité, on note aussi que le questionnaire individuel vise les 15 ans et plus et qu'une compensation financière de 20 à 50 dollars est donnée aux ménages répondants.

Parmi les 11 693 ménages privés sélectionnés à partir d'un plan de sondage à plusieurs degrés, 7 682 (65,6 %) comprenant 19 914 personnes ont complété au moins un questionnaire. Des 15 127 personnes de 15 ans et plus, 13 969 (92,3 %) ont répondu aux questionnaires administrés par l'intervieweur et 13 055 (86,3 %), à celui autoadministré. Parmi les 13 969 personnes répondantes, 90,6 % ont répondu à la troisième vague de l'enquête. Ce taux d'attrition est semblable à ceux de l'enquête britannique lorsque l'on tient compte que la réponse par un tiers n'est pas acceptée dans cette enquête.

Les thèmes de ce panel sont aussi semblables au panel britannique mais notons la présence d'un thème supplémentaire par enquête : l'histoire familiale et personnelle à la vague 1, la richesse du ménage à la vague 2, la retraite à la troisième vague suivi des assurances santé et de la jeunesse. L'accès aux données semble particulièrement facile même pour des utilisateurs provenant d'autres pays.

6.3 Enquêtes longitudinales sur des populations d'âge spécifique

6.3.1 Enquêtes longitudinales sur les jeunes et les adolescents

Les enquêtes longitudinales auprès des enfants et des adolescents sont présentées au tableau 12. Les cohortes de plusieurs de ces enquêtes sont composées d'enfants qui sont suivis durant leur enfance et leur adolescence, et parfois même durant une partie de leur vie d'adulte.

- *Canada*

Tenue à tous les deux ans depuis 1994, l'**Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)** de Statistique Canada est une enquête longitudinale ayant une portée transversale. L'ELNEJ recueille de l'information sur des enfants et des jeunes âgés entre 0 et 11 ans lors de leur sélection et provenant de la population civile des dix provinces canadiennes. L'enquête touche des thèmes variés dont la santé, le

développement physique, l'apprentissage et le comportement des enfants ainsi que des données sur leur environnement social (famille, amis, école et communauté).

L'ELNEJ permet de suivre plusieurs cohortes par le biais d'échantillons longitudinaux tout en permettant l'inférence transversale au moyen d'échantillons transversaux ; le tirage des échantillons s'effectuant à partir des ménages répondants à l'Enquête sur la population active (EPA). Par exemple, lors du cinquième cycle effectué en 2002, quatre cohortes étaient enquêtées : la cohorte principale composée d'enfants âgés de 0 à 11 ans au moment de leur sélection au cycle 1 en 1994 et trois cohortes d'enfants âgés de 0 et 1 an lors de leur sélection en 1998, 2000 et 2002, respectivement. Les enfants de la cohorte principale seront suivis jusqu'à ce qu'ils aient 25 ans, tandis que les autres cohortes seront enquêtées à trois reprises seulement. Les trois cohortes secondaires forment un échantillon transversal puisque l'on considère qu'elles sont représentatives des enfants de 0 à 5 ans en date du 31 décembre 2002.

Les échantillons du cinquième cycle comprenaient environ 30 800 enfants. Seuls les ménages dont l'enfant sélectionné a plus de 3 ans reçoivent une visite à domicile. Un proche des enfants participe à une entrevue comprenant des questions sur lui-même (renseignements sociodémographiques, revenu, éducation, santé, etc.) et d'autres sur l'enfant (relation avec l'enfant, éducation, développement et habiletés, etc.); cette entrevue étant téléphonique si l'enfant est âgé de 0 à 3 ans. Différents tests sont administrés aux jeunes de 4 à 17 ans lors de la visite à domicile. Les enfants de 4 et 5 ans se soumettent à trois tests (une version révisée de l'Échelle de vocabulaire en images de Peabody, le test Qui suis-je? et un test sur la connaissance des nombres), les jeunes de la deuxième année du primaire ou des niveaux supérieurs (8 à 15 ans), à un test de mathématiques et les adolescents de 16 et 17 ans, à un test cognitif. De plus, les jeunes de 10 à 19 ans doivent remplir eux-mêmes un questionnaire concernant leur famille, leurs amis, l'école, leurs activités sociales et sportives, l'alcool, le tabac, les drogues, etc. Finalement, pour chaque enfant de la maternelle, une collecte postale est réalisée auprès de leurs enseignants et de leur directeur afin de recueillir de l'information sur le développement physique et social de l'enfant, sur les forces et les faiblesses de l'enfant, ainsi que sur diverses pratiques scolaires et sur les caractéristiques sociodémographiques de l'école. Lors du premier cycle, environ 23 000 enfants ont été enquêtés pour un taux de réponse de 88 %. Le taux de suivi au cycle 5 pour la cohorte principale a été de 74 %; le Québec présentant un taux semblable.

Principale enquête longitudinale québécoise, l'**Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)** permet d'identifier les facteurs qui, mis en place pendant la petite enfance, contribuent à l'adaptation sociale et à la réussite scolaire des enfants. Active depuis 1998, cette enquête est menée par l'Institut de la statistique du Québec et ses partenaires (le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, la Fondation Lucie et André Chagnon et les chercheurs universitaires).

Tableau 12

Sommaire des enquêtes longitudinales sur les enfants et les adolescents, 1995-2005

Nom de l'enquête	Pays ou territoire	Thème principal	Année
Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)	Canada	État de santé et développement	Début en 1994, suivi aux deux ans
Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ)	Québec	Réussite scolaire et développement	Debut en 1998, suivi annuel
Enquête sur la santé des jeunes ontariens (ESJO)	Ontario	Santé physique et émotive	1983, 1987, 2001
National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health)	États-Unis	Comportements liés à la santé	1994-1995, 1996, 2001-2002
Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect et Early Childhood Longitudinal Study (ECLS)	États-Unis	Santé des enfants abusés ou négligés	Début en 1998, suivi annuel ou aux deux ans
National Survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain	Royaume-Uni	Santé mentale	1999, 2001, 2002
2000 Infant feeding Survey	Royaume-Uni	Allaitement et pratiques alimentaires	Depuis 1975, récurrente aux 5 ans. Trois suivis par enquête
National Child Development Study	Royaume-Uni	Développement et état de santé général	1965, 1969, 1974, 1981, 1985, 1999
1970 British Cohort Study	Royaume-Uni	Développement et état de santé général	1970, 1975, 1980, 1986, 1996, 1999
Millennium Cohort Study	Royaume-Uni	État de santé général	2001, 2003, 2006
Growing up in Australia : the Longitudinal Study of Australian Children (LSAC)	Australie	Développement et bien-être	Début en 2003, suivi aux deux ans

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.12 en annexe.

L'échantillon de départ, constitué de 2 940 enfants nés en 1997 de mères vivant au Québec (naissances simples), a été tiré du fichier maître des naissances du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Depuis 1998, les familles participantes reçoivent la visite d'intervieweurs à domicile au cours de laquelle plusieurs instruments sont employés pour recueillir de l'information diversifiée. Les parents participent à une entrevue assistée par ordinateur et doivent également remplir certains questionnaires. Les sujets traités comprennent le développement moteur, social et cognitif, la santé, le comportement, l'alimentation, le sommeil, l'environnement familial et économique, l'utilisation des services de garde, etc. Des tests cognitifs sont administrés à l'enfant. Un consentement annuel est demandé aux parents afin d'autoriser la consultation des dossiers médicaux de l'enfant et de la mère. À partir de 2004, les enseignants des enfants de la cohorte doivent compléter un questionnaire. De plus, des mesures anthropométriques de l'enfant sont prises et ce dernier est interrogé pour la première fois. Le taux de réponse au volet de 1998 a été d'environ 76 %, soit une cohorte initiale de 2 120 enfants. Un volet additionnel est tenu annuellement et après huit ans d'existence, l'ELDEQ continue de suivre près de 72 % de la cohorte initiale.

Produit de Statistique Canada, l'**Enquête sur la santé des jeunes Ontariens (ESJO)** a été conçue pour permettre de lier les expériences de la vie à la santé physique et émotive des enfants au cours de leur développement. La première vague de collecte a été réalisée en 1983 auprès d'un échantillon de 3 294 enfants vivant dans 1 869 ménages ontariens. Tous les enfants de 4 à 16 ans appartenant aux ménages sélectionnés étaient enquêtés. Au cours d'une visite à domicile, un des parents était interviewé sur le comportement, les habiletés, la condition physique et mentale, les activités et la vie sociale de l'enfant. Puis, les enfants de 12 ans et

plus devaient également remplir un questionnaire comportant les mêmes questions que celles posées aux parents et des questions sur leur consommation d'alcool. Le taux de réponse des ménages s'élevait à 91 %. Un premier suivi téléphonique a été effectué en 1987, alors que les enfants étaient âgés de 8 à 20 ans. Finalement, en 2001, les enfants, maintenant des adultes de 21 à 33 ans, ont été à nouveau contactés par téléphone. Cette fois, des informations portant sur leur conjoint et leurs propres enfants ont également été recueillies lorsque la situation s'appliquait. Environ 60 % des répondants en 1983 ont participé à nouveau à chacun des deux suivis. À chacune des trois vagues de collecte, des renseignements sur les performances et le comportement en classe ont été recueillis par l'entremise d'une collecte postale auprès des enseignants pour les enfants d'âge scolaire.

- *États-Unis*

Considérée comme l'une des plus importantes enquêtes auprès des adolescents, le **National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health)** explore le comportement et les habitudes des jeunes de la septième à la douzième année pouvant avoir un effet sur leur santé. Orchestrée par l'Université de la Caroline du Nord au moyen de subventions d'agences fédérales, cette enquête vise à recueillir de l'information sur la famille, les amis, les proches, l'école, le voisinage et la communauté des adolescents afin d'examiner l'impact du contexte social sur la santé et ses facteurs de risque.

La vague initiale de collecte s'est déroulée dans les écoles participantes entre septembre 1994 et décembre 1995. Plus de 90 000 jeunes ont complété un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, la structure familiale, la vie scolaire, la santé en général, l'estime de soi et les comportements liés à la santé. Chaque adolescent devait dresser une liste restreinte de ses meilleurs amis dont la plupart étaient également enquêtés. Des informations supplémentaires sur l'environnement des jeunes ont pu ainsi être obtenues par couplage. Le taux de réponse à ce questionnaire a été de 79 %. L'administration des écoles participantes devait compléter un questionnaire concernant, entre autres, les politiques de l'école et les soins de santé offerts. En second lieu, un sous-échantillon d'environ 27 000 jeunes a été sélectionné pour participer à une entrevue à domicile. Au cours d'une longue entrevue assistée par ordinateur, 20 745 adolescents ont été questionnés sur leur santé, l'utilisation des soins de santé, leur nutrition et leurs expériences de travail. Pour des sujets plus sensibles, tels que la sexualité et l'usage d'alcool et de drogues, les jeunes inscrivaient eux-mêmes leurs réponses à l'ordinateur. Finalement, un test de vocabulaire, basé sur une version allégée du Peabody Picture Vocabulary Test, était administré. Ensuite, pour 17 700 des adolescents répondants, un parent a été questionné sur sa santé, le voisinage, son implication dans des activités sociales, ses revenus, son travail, sa relation avec l'adolescent, etc.

Au cours de la seconde vague de collecte, tenue entre avril 1996 et août 1996, 88 % des jeunes interviewés à domicile lors de la première vague ont accepté de se soumettre à nouveau à une entrevue similaire. La taille et le poids des participants ont été mesurés. En 2001, les répondants à l'entrevue à domicile de la première vague, maintenant âgés entre 18 et 26 ans, ont été à nouveau visités pour évaluer l'influence qu'a eu l'adolescence sur leur

vie d'adulte. Après avoir repassé le test de vocabulaire, ceux-ci ont été questionnés sur leur éducation, leur vie sociale, leur relation avec leurs parents, leurs expériences de travail, leur état de santé physique et mentale, etc. Des échantillons de salive et d'urine ont été recueillis et le relevé de notes des participants a été obtenu. Le taux de suivi a été de 77,4 %. Pour un échantillon de répondants vivant en couple, le partenaire a également été enquêté.

Deux autres enquêtes permettent de suivre trois cohortes d'enfants. Il s'agit des enquêtes **Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect** et **Early Childhood Longitudinal Study (ECLS)**. La première s'intéresse, entre autres, à la santé mentale et physique des enfants abusés ou négligés alors que la seconde traite de sujets comparables à l'ELDEQ. Plus de détails sur ces enquêtes se trouvent au tableau 12.

- *Royaume-Uni*

En 1999, l'Office for National Statistics (ONS) mena une enquête sur la santé mentale des jeunes de 5 à 15 ans vivant dans un ménage privé de la Grande-Bretagne. Celle-ci, intitulée **National Survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain**, avait comme objectif principal d'estimer la prévalence des trois plus importantes maladies mentales chez les jeunes (troubles de comportement, hyperactivité, troubles émotifs). Après avoir abordé, par l'entremise d'un envoi postal, les parents des 14 250 enfants sélectionnés, un intervieweur se rendait aux domiciles de ceux-ci pour réaliser des entrevues assistées par ordinateur. En premier lieu, un des parents devait fournir des renseignements concernant leurs caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé de l'enfant, l'usage de médicaments par l'enfant et des symptômes spécifiques à certaines maladies mentales pouvant être observés chez l'enfant. Le parent devait également compléter deux questionnaires relativement à la santé de l'enfant et aux activités familiales (General Health Questionnaire et Family Activity Device). Le taux de participation des parents a été de 83 %. L'approbation était finalement demandée au parent pour interviewer l'enseignant du jeune et le jeune lui-même, si celui-ci était âgé entre 11 et 15 ans. Les cas de refus ont été marginaux. Environ 79 % des jeunes de 11 à 15 ans ont été questionnés sur leurs comportements pouvant être reliés à la santé mentale et ont rempli eux-mêmes une section du questionnaire touchant la sexualité et l'usage de tabac, d'alcool et de drogues au moyen de l'ordinateur. Finalement, 67 % des enseignants des enfants ont retourné un questionnaire reçu par la poste concernant le comportement social et émotif, les difficultés et les forces de l'enfant.

Un volet longitudinal a par la suite été planifié pour interroger à nouveau les participants au sondage d'origine lors d'un suivi à 18 mois et d'un second à trois ans. L'objectif de ces suivis était d'étudier les facteurs pouvant expliquer la persistance des maladies mentales. Parmi les répondants à l'enquête de 1999, un sous-échantillon de 3 992 jeunes a été tiré en attribuant une probabilité de sélection supérieure aux jeunes qui présentaient des problèmes mentaux. Le suivi à 18 mois, prenant la forme d'une collecte postale, a été effectué auprès des parents de ces enfants. Les sujets traités étaient relativement semblables à ceux du sondage de 1999. Le taux de suivi a été de 74 %. Le suivi à trois

ans était une reproduction du sondage d'origine sur un sous-échantillon de 3 245 répondants à ce sondage dont 88 % ont participé à nouveau.

L'enquête **2000 Infant feeding Survey** est la sixième reconduction d'une enquête longitudinale répétée à tous les cinq ans au Royaume-Uni depuis 1975. Celle-ci permet d'obtenir des estimations nationales sur l'incidence, la prévalence et la durée de l'allaitement et des autres pratiques alimentaires adoptées par les parents durant les neuf premiers mois suivant la naissance de leur enfant.

Pour ce faire, le BMRB Social Research a tiré un échantillon de 13 180 enfants nés entre le 19 août et le 19 octobre 2000 à partir des registres des naissances. Une probabilité de sélection supérieure avait été attribuée aux enfants dont la mère appartenait à la classe sociale inférieure ou dont l'information sur la classe sociale de la mère ou bien sur le nom du père était manquante. Une première collecte postale a d'abord permis d'enquêter les mères des enfants sélectionnés alors que ceux-ci étaient âgés de 4 à 10 semaines. Le questionnaire couvrait les sujets suivants: la fréquence et la durée de l'allaitement, l'emploi de lait autre que le lait maternel, les soins médicaux reçus par l'enfant depuis sa naissance et l'alimentation en général. Des renseignements concernant l'usage de tabac et d'alcool avant, durant et après la grossesse étaient également demandés. Environ 9 490 des mères, soit 72 %, ont participé à cette vague de collecte. Deux vagues de collecte postale additionnelles ont été effectuées alors que les enfants étaient âgés entre 4 et 5 mois et entre 8 et 9 mois. Le taux de suivi des répondants de la première vague a été de 87 et 77 % respectivement (taux de réponse cumulatifs de 63 et 5 %). Plus de 7 200 mères ont répondu à chacune des trois vagues.

Deux des plus vieilles cohortes de Grande-Bretagne, soient celles du **National Child Development Study** et du **1970 British Cohort Study**, suivies à cinq reprises depuis 1965 et en 1970, respectivement, ont été à nouveau enquêtées conjointement en 1999 par le Centre for Longitudinal Studies. Ces cohortes étaient constituées de tous les gens nés à certaines dates spécifiques en 1958 et 1970. En 1999, au moyen d'entrevues en face-à-face et d'un questionnaire autoadministré, les participants ont été questionnés sur leur développement mental, physique et social, leur santé, l'utilisation des soins de santé, l'usage de drogue, leur passé criminel, leur occupation, etc. Près de 70 % des répondants initiaux ont participé à nouveau.

La Grande-Bretagne compte une troisième cohorte âgée, soit celle de l'enquête **MRC National Survey of Health and Development** réalisée par le Medical Research Council (MRC). Constituée de personnes nés en 1946, cette cohorte aurait été enquêtée à 21 reprises jusqu'en 1999. Le tableau 12 fournit plus de détails sur cette enquête.

En 2001, conjointement dans chacun des pays du Royaume-Uni, une nouvelle cohorte d'enfants nés à l'aube du millénaire a été mise en place, encore une fois, par le Centre for Longitudinal Studies. Cette enquête, nommée **Millennium Cohort Study**, est comparable à d'autres enquêtes existantes en ce qui a trait aux méthodes de collecte et aux thèmes étudiés. Un suivi de cette cohorte est prévu à tous les trois ans.

- *Australie*

L'enquête **Growing up in Australia**, sous la direction de l'Australian Institute of Family Studies, a pris son envol en 2003. Elle permettra de suivre une première cohorte d'enfants âgés de moins d'un an jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de six à sept ans et une seconde cohorte d'enfants de quatre à cinq ans jusqu'à l'âge d'environ dix ou onze ans. L'objectif principal de cette enquête est d'observer le développement et le bien-être des enfants dans l'environnement social et culturel particulier de l'Australie.

L'échantillon initial, composé d'environ 5 000 enfants nés entre le 1^{er} août 2002 et le 30 avril 2003 et de 5 000 autres nés entre le 1^{er} août 1998 et le 30 avril 1999, a été tiré d'un fichier administratif. Les parents des enfants sélectionnés ont été questionnés par l'entremise d'entrevues assistées par ordinateur sur la structure familiale, l'allaitement, l'autodéclaration de mesures anthropométriques, la nutrition, la santé, l'éducation, la situation financière, etc. Le taux de réponse à l'entrevue a été de 54 et 57 % selon la cohorte. Certains tests cognitifs étaient administrés à l'enfant. Chaque parent devait également compléter un questionnaire autoadministré sur le comportement de l'enfant, la situation familiale, la santé, le style de vie et quelques sujets plus délicats. Un carnet sur les activités de l'enfant au cours des 24 dernières heures devait être rempli par un des parents. Avec l'accord des parents, le milieu de garde ou l'enseignant de l'enfant était également enquêté lors d'une collecte postale.

Les vagues subséquentes de collecte, prévues à un intervalle de deux ans, seront effectuées encore une fois à domicile. Toutefois, une collecte postale ou électronique sera tenue entre deux vagues de collecte subséquentes afin de garder le contact avec les participants.

6.3.2 Enquêtes longitudinales sur les aînés

L'intérêt des enquêtes longitudinales auprès des personnes âgées, listées au tableau 13, semble faire l'unanimité étant donné la problématique du vieillissement de la population. La plupart des pays ciblés comptent au moins une enquête de ce genre; ces enquêtes étant majoritairement actives et récentes.

- *Canada*

Le **Canadian Study of Health and Aging** a été mis sur pied afin d'observer le développement des maladies dégénératives, en particulier l'Alzheimer et d'en évaluer la prévalence et l'incidence. Pilotée par l'Université d'Ottawa, cette enquête a permis d'enquêter des personnes de 65 ans et plus provenant des provinces canadiennes à trois reprises sur une période de dix ans, soit en 1991, en 1996 et en 2001.

L'échantillon initial comprenait 9 008 personnes vivant en ménage privé et 1 255 personnes résidant dans un établissement; un fichier administratif (assurance maladie) ayant permis de repérer les personnes de 65 ans et plus dans les ménages privés des provinces, sauf en Ontario. Chaque vague de collecte s'est déroulée en face-à-face alors qu'une entrevue et un test sur la santé mentale (Mini-Mental State exam) étaient complétés.

L'entrevue comportait des questions sur des caractéristiques sociodémographiques, sur la santé en général et sur la présence de problèmes de santé chroniques; pour les personnes en établissement, elle s'adressait à un membre du personnel et pour les personnes dans la communauté, la participation par procuration était acceptée. Le taux de réponse à cette entrevue lors de la première vague a été d'environ 72 % pour les personnes en ménage privé et de 91 % pour les personnes en établissement. Une infirmière administrait certains tests de santé (vision, ouïe, pression sanguine, etc.) et effectuait une prise de sang. Un questionnaire autoadministré était employé pour recueillir de l'information auprès de la personne concernée ou par procuration sur les différents facteurs de risque, dont l'alcool, le tabac et les médicaments. Puis, pour un échantillon de gens ayant échoué le test sur la santé mentale, un médecin et un neurologue évaluait leur santé physique et mentale. Des fichiers médicaux ont été utilisés pour cumuler des renseignements supplémentaires sur l'utilisation des soins de santé et des fichiers de décès ont permis de déceler les décès survenus.

Une enquête provinciale sur le vieillissement a également été recensée au Canada, soit l'enquête longitudinale **Aging in Manitoba**. Cette enquête de l'Université du Manitoba servait à évaluer les besoins et les priorités des personnes âgées et n'avait initialement pas de caractère longitudinal. En 1971, un échantillon de 4 803 personnes vivant dans la communauté ou dans un établissement a été enquêté au moyen d'entrevues en face-à-face portant sur la santé physique, sociale, psychologique et mentale, sur l'autonomie, sur l'utilisation des soins de santé, sur les activités et sur la situation économique. L'expérience a été répétée en 1976 auprès d'un second échantillon de 1 302 personnes. C'est seulement en 1983 que le volet longitudinal s'est amorcé alors que les répondants de 1971 et de 1976, ainsi qu'un nouvel échantillon de 2 877 personnes, ont été interviewés. Les répondants en 1983 ont été suivis à nouveau en 1990, en 1996 et finalement, en 2001. En 2001, 1 160 personnes ont participé à l'entrevue parmi les survivants ayant répondu à la vague de 1983. Les fichiers administratifs du Manitoba Health, couvrant la période de 1971 à 2004, ont été employés pour connaître l'utilisation des soins de santé des participants et les causes de décès.

- *États-Unis.*

La seconde enquête **Longitudinal Study of Aging (LSOA II)** est une reconduction d'une première enquête réalisée entre 1984 et 1990 par le National Center for Health Statistics (NCHS). Elle vise à évaluer et suivre plusieurs aspects de la santé des Américains de 70 ans et plus vivant en ménage privé. Un échantillon de 9 447 personnes âgées a été tiré à partir des répondants à l'enquête National Health Interview Survey (NHIS) tenue en 1994. Les questionnaires de cette enquête procurent une source variée de données sur la santé. Complétés par le biais d'entrevues à domicile, ces questionnaires permettent, entre autres, d'obtenir des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, sur les limitations physiques, sur la santé mentale, sur l'abus d'alcool et de drogues, etc. Le principal questionnaire sur lequel repose cette enquête longitudinale est le supplément pour les personnes âgées. Les sujets traités s'apparentent à ceux abordés lors des vagues subséquentes: l'hospitalisation, la

structure familiale, les activités sociales, la condition physique, l'autoévaluation de la santé, l'utilisation des soins de santé, la santé des proches, etc. Le taux de réponse à ce supplément a été de 87 %.

Tableau 13

Sommaire des enquêtes longitudinales sur les aînés, 1995-2005

Nom de l'enquête	Pays ou territoire	Thème principal	Année
Canadian Study of Health and Aging	Canada	Développement de la démence	1991, 1996, 2001
Aging in Manitoba	Manitoba	État de santé	1983, 1971, 1976, 1990, 1996, 2001
Second Longitudinal Study of Aging (LSOA II)	États-Unis	État de santé	1994, 1997, 1999
Health and Retirement Study (HRS)	États-Unis	Santé et retraite	Début en 1992, suivi annuel
Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)	États-Unis	Santé et retraite	Début en 1992, suivi annuel
Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	Europe	État de santé	Début en 2004
English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)	Angleterre	Santé et retraite	Début en 2002, suivi aux deux ans
Australian Longitudinal Study of Ageing (ALSA)	Australie	État de santé général et facteurs de risque	Début en 1992, suivis irréguliers

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.13 en annexe.

Par la suite, deux suivis téléphoniques ont été effectués en 1997 et en 1999. Lors de ces deux suivis, 7 998 et 6 465 entrevues ont été complétées pour des taux de réponse de 74 % et de 51 %. Des fichiers administratifs ont également été utilisés tels que des fichiers de décès (National Death Index Match et Multiple Cause of Death Records) et un fichier sur l'utilisation des soins de santé (Medicare Match Data).

Entamées en 1992 et en 1994 respectivement, l'enquête **Health and Retirement Study (HRS)** et l'enquête **Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)** s'avéraient être deux enquêtes distinctes. C'est en 1998, lors d'une révision des processus, que ces deux enquêtes ont été fusionnées pour ne former qu'une seule enquête conservant le nom de Health and Retirement Study.

Initialement, le HRS a été conçu, par l'Université du Michigan, pour étudier les conséquences de la retraite sur la santé et le bien-être physique, mental et économique. Pour ce faire, plus de 15 497 personnes âgées entre 51 et 61 ans et vivant en ménage privé ont été sélectionnées par l'intermédiaire d'un plan de sondage complexe nécessitant la visite d'un intervieweur au domicile des ménages sélectionnés pour en dresser la liste des membres. L'entrevue initiale a été réalisée en face-à-face alors que les deux suivis effectués en 1994 et en 1996 se sont déroulés lors d'un entretien téléphonique. Les principaux sujets abordés étaient la condition physique et mentale, les plans de retraite, l'assurance maladie, la structure familiale, les caractéristiques sociodémographiques et la situation économique. Advenant un décès, un proche du défunt était interviewé au téléphone. Le taux de réponse à la première vague était d'environ 82 %.

Amorcée deux ans plus tard, l'AHEAD visait à suivre l'évolution de la santé générale des personnes âgées de 70 ans et plus. Les listes des membres des ménages obtenus lors de la sélection de l'échantillon du HRS ont été réutilisées pour tirer l'échantillon de l'AHEAD, dont la taille est de 7 447 personnes. Un échantillon supplémentaire de personnes de 80 ans et plus a été puisé d'une liste médicale (Medicare Master Enrollment File). Encore une fois, seule l'entrevue initiale était réalisée à domicile. Toutefois, les interviews téléphoniques étaient répétées annuellement. Les informations demandées s'apparentaient à celles contenues dans les questionnaires du HRS à l'exception de la retraite qui n'était pas ciblée. Le taux de réponse à la première vague était d'environ 80 %.

En 1998, les cohortes du HRS et de l'AHEAD ont été combinées afin de former une seule enquête. Deux nouveaux échantillons ont alors été ajoutés comprenant des personnes nées entre 1924 et 1930 et entre 1942 et 1947. L'enquête révisée couvre maintenant l'ensemble des personnes de 50 ans et plus à l'aide d'un échantillon de plus de 22 000 individus et une nouvelle vague de collecte téléphonique est tenue à tous les deux ans. Une nouvelle cohorte est introduite à tous les six ans et les personnes nouvellement incluses dans l'enquête reçoivent la visite d'un intervieweur pour compléter une entrevue en face-à-face. À la plupart des vagues de collecte, plus de 90 % des répondants à la vague précédente sont réinterviewés. Finalement, de nombreux renseignements sur les décès, sur l'utilisation des soins de santé et sur la situation économique sont obtenus de fichiers administratifs (National Death Index, Medicare claims and summary files, Social Security administrative files).

- *Europe*

Entamée en 2004 dans 11 pays européens, l'enquête **SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)** est basée sur les enquêtes réalisées aux États-Unis (HRS) et en Angleterre (ELSA) qui seront décrites ci-dessous. De plus amples renseignements sont disponibles au tableau 13 et dans la description des études comparables mentionnées précédemment.

- *Angleterre*

Une enquête similaire à l'enquête américaine HRS a été conçue en Angleterre afin d'observer l'évolution de la santé et de l'incapacité chez les personnes âgées, de déterminer les facteurs de risque associés à leur santé et d'étudier leur situation financière. Cette enquête du National Centre for Social Research, intitulée **English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)**, vise la population civile de 50 ans et plus.

En 2002, un échantillon initial a été constitué à partir de ménages répondants au Health Survey for England (HSE) de 1998, de 1999 et de 2001 afin de pouvoir combiner l'information recueillie par les deux enquêtes. Environ 12 100 personnes, soit un taux de réponse de 67 %, ont accepté de prendre part à une entrevue en face-à-face et de remplir un questionnaire autoadministré; les réponses par procuration étant acceptées. Les sujets abordés touchent la structure familiale, la santé et le bien-être, les dépenses, la situation financière, les activités sociales et sportives et la retraite. Une vague de collecte additionnelle aura lieu à tous les deux ans. Lors de la

seconde vague, réalisée récemment en 2004, une infirmière s'est également rendue à domicile pour prélever des échantillons de sang et de salive et prendre différentes mesures (capacité pulmonaire, fonctionnement physique et anthropométriques).

- *Australie*

Ayant débuté en 1992, l'enquête **Australian Longitudinal Study of Ageing (ALSA)**, élaborée par The Centre for Ageing Studies (CAS), a pour objectif principal d'étudier l'effet des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé et le bien-être des personnes âgées de 70 et plus.

La première vague de collecte a permis d'obtenir la participation de 2 087 personnes. Recevant la visite d'un intervieweur et d'une infirmière, le participant devait répondre à plusieurs questionnaires, dont un seul n'était pas autoadministré, et se soumettre à une évaluation de sa condition physique et à des tests cliniques. Notons toutefois que seulement 1 620 personnes ont accepté de subir ces tests cliniques. Un an plus tard, soit en 1993, les participants à la première vague ont été recontactés pour un court entretien téléphonique au cours duquel ils étaient questionnés sur leur état de santé, sur les changements de médication, sur leur situation économique et sur leur vie en général. À cette vague, 1 779 entrevues ont été complétées. Le déroulement et le contenu de la troisième vague, réalisée en 1994, étaient comparables à la vague initiale. Un total de 1 679 entrevues et de 1 423 tests cliniques ont été effectués. En 1995 et en 1998, deux suivis téléphoniques similaires à celui de la deuxième vague ont été réalisés. Cette quatrième et cinquième vague ont permis d'interviewer à nouveau 1 504 et 1 171 personnes. Une visite additionnelle, comparable à celles de 1992 et 1994, et une collecte téléphonique auraient été tenues en 2000 et en 2003, respectivement. Les sujets suivants auraient été abordés lors d'au moins une des sept vagues de collecte : le sommeil, la vision, l'ouïe, l'éducation, l'usage de tabac et d'alcool, l'utilisation des soins de santé et plusieurs autres. Trois sources de données administratives ont été employées pour établir les soins qu'auraient pu recevoir les participants (Domiciliary Care and Rehabilitation Services, Meals on Wheels, and The Royal District Nursing Society).

6.4 Enquêtes longitudinales sur une profession ou une entreprise

Ce type d'enquête est surtout mené par le milieu universitaire. Les tailles d'échantillon sont souvent considérables, mais l'obtention de taux de réponse acceptables ne semble pas toujours prioritaire. De plus, dans bien des cas, la sélection des échantillons n'est pas complètement aléatoire. Pour ces raisons, la présente section ne décrit que sommairement les enquêtes énumérées au tableau 14. Ces enquêtes abordent soit la santé générale du groupe visé ou des thèmes spécifiques.

Plusieurs enquêtes dénombrées portent sur les infirmiers et les infirmières. Les établissements de soins participants sont habituellement sélectionnés de façon arbitraire et le personnel infirmier de ces établissements est recensé. Deux enquêtes de l'Université de Harvard, le **Nurses' Health Study** et le **Nurses' Health Study II**, se

distinguent par le recueil d'échantillons de sang, d'urine et d'ongles d'orteil; ces enquêtes portant sur l'effet des contraceptifs oraux sur la santé. Aux États-Unis, on observe également certaines enquêtes auprès d'anciens et d'actuels militaires.

Tableau 14

Sommaire des enquêtes longitudinales sur une profession ou sur une entreprise, 1995-2005

Nom de l'enquête	Pays ou territoire	Thème principal	Année
Job strain, psychological distress and burnout in nurses et Job strain and evolution of mental health among nurses	Québec	Conditions de travail	1998, 1999
Nurses' Health Study	États-Unis	Contraceptifs oraux	Début en 1989, suivi aux deux ans
Nurses' Health Study II	États-Unis	Contraceptifs oraux	Début en 1976, suivi aux deux ans
National Surveys of Veterans Affairs Ambulatory Care Patients	États-Unis	État de santé	1996, 1998
Millennium Cohort Study	États-Unis	État de santé	Début en 2001, suivi aux trois ans
Nurses' early exit study	Europe	Santé au travail	2002, 2005
La cohorte épidémiologique Gazel	France	Santé au travail	Début en 1989, suivi annuel
Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail	France	Santé au travail	2002, 2003

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.14 en annexe.

En France, un projet d'envergure, connu sous le nom de **la cohorte épidémiologique Gazel**, retient l'attention étant la seule enquête longitudinale et nationale recensée auprès d'employés d'entreprises. Amorcée en 1989, cette cohorte épidémiologique se voulait être, en quelque sorte, un projet pilote visant à favoriser la réalisation d'études épidémiologiques portant sur des thèmes variés. Sous la direction de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), elle permet de suivre à long terme l'état de santé et les principaux facteurs de risque des agents d'Électricité de France et de Gaz de France âgés de 35 à 50 ans pour ce qui est des femmes et de 40 à 50 ans pour ce qui est des hommes. Les femmes étant minoritaires dans ces deux entreprises, les femmes de 35 à 39 ans ont également été considérées afin d'obtenir une cohorte de femmes de taille suffisante. Cette enquête s'avère être un recensement puisque toutes les personnes admissibles ont reçu, en 1989, une invitation à participer au projet. Parmi les 46 288 agents de la population cible, 20 625 agents (15 011 hommes et 5 614 femmes) se sont portés volontaires pour faire partie de la cohorte. Le taux de participation est relativement faible, soit de 45 %.

Depuis 1989, les participants reçoivent annuellement, par la poste, un questionnaire différent qu'ils doivent compléter. Les sujets abordés concernent, par exemple, la perception de l'état de santé, l'usage d'alcool et de tabac, la situation professionnelle et les problèmes de santé. La participation à ce questionnaire est stable et se situe autour de 75 % depuis 1994. Également, depuis 1999, un examen clinique est proposé à tous les participants au cours duquel un prélèvement sanguin est effectué. L'usage de données administratives est omniprésent dans cette enquête. Entre autres, un accès aux fichiers d'absentéisme, de retraite et de décès, ainsi qu'aux registres de cancers et de cardiopathies a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

De plus, des données sur la consommation de soins remboursés, des données socio-professionnelles et des informations sur l'exposition au travail à des facteurs de risque sont disponibles.

6.5 Enquêtes longitudinales diverses

Les enquêtes longitudinales n'ayant pu être classées dans l'une des quatre catégories d'enquête précédentes sont introduites dans cette section (Tableau 15). Ces enquêtes portent sur des populations spécifiques.

- *Canada*

L'**Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations** permet d'en apprendre davantage sur la santé et les besoins sur le plan physique, mental, affectif et spirituel des membres des collectivités canadiennes des Premières nations. Étant donné que, dans la majorité des enquêtes nationales de santé, les membres des Premières nations résidant sur les réserves ou dans les communautés inuites sont exclus de la population cible pour des raisons pratiques et méthodologiques, cette enquête s'avérait nécessaire afin de combler le manque d'information sur la santé de cette population. Avec le financement et la collaboration du gouvernement fédéral, l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a été mandatée pour la réalisation de cette enquête. Bien qu'en 1997, une première enquête transversale a eu lieu, c'est seulement en 2002 que l'enquête longitudinale s'est amorcée avec la sélection d'un échantillon de 28 405 membres des Premières nations. Un intervieweur, également membre des Premières nations, se présentait au domicile des personnes sélectionnées muni d'un ordinateur portable. Les adolescents (12 à 17 ans) complétaient eux-mêmes le questionnaire au moyen de l'ordinateur, tandis que les adultes (18 ans et plus) étaient interviewés. Pour les enfants (moins de 12 ans), un adulte répondait par procuration aux questions posées par l'intervieweur. Trois questionnaires distincts ont été employés selon l'âge de la personne enquêtée. Le taux de réponse s'est élevé à environ 80 %. Les vagues subséquentes de cette enquête devraient avoir lieu en 2006, en 2010 et en 2014.

- *France*

L'**Enquête santé, travail et vieillissement (ESTEV)** de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) consiste à interroger et à examiner un même échantillon de salariés à cinq ans d'intervalle du point de vue de leur travail et de leur santé afin d'évaluer, entre autres, l'évolution avec l'âge des critères de santé (santé objective et santé perçue) en rapport avec le vieillissement.

Le tirage aléatoire de l'échantillon a été réalisé parmi les salariés suivis par environ 400 médecins du travail et nés en 1953, en 1948, en 1943 ou en 1938. Les médecins, provenant de sept régions de France, ont été mis à contribution lors de l'enquête. En 1990, près de 88 % de l'échantillon (21 378 hommes et femmes) a accepté de participer à la première vague de collecte planifiée lors de la visite annuelle au cabinet de leur médecin. Au cours de cette visite, le médecin devait compléter un questionnaire durant l'examen clinique. De plus, le participant devait remplir deux questionnaires. Le premier, vérifié par le médecin, portait sur les caractéristiques professionnelles, les horaires de travail, les contraintes de temps et de pénibilité physique dans le travail. Le second recueillait des renseignements sur

les caractéristiques sociodémographiques et sur 38 items de l'indicateur de santé perçue du Nottingham Health Profile (NHP). En 1995, 87 % des participants ont bien voulu être enquêtés à nouveau, de façon identique, lors de leur visite médicale annuelle.

Tableau 15

Sommaire des enquêtes longitudinales diverses, 1995-2005

Nom de l'enquête	Pays ou territoire	Thème principal	Année
Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations	Canada	État de santé général	Début en 2002, suivi aux quatre ans
The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)	Europe	Nutrition et cancer	1993, 1999 (varie selon le pays)
Enquête santé, travail et vieillissement (ESTEV)	France	Travail et vieillissement	1990, 1995
Australian Longitudinal Study on Women's Health	Australie	État de santé général	Début en 1996, suivi aux trois ans

Ces enquêtes sont décrites au tableau C.15 en annexe.

- *Australie*

La **Australian Longitudinal Study on Women's Health** (ou Women's Health Australia) est une enquête longitudinale d'envergure prévoyant observer la santé des femmes sur plus de deux décennies. Conçue par l'Université de Newcastle, cette enquête vise à explorer l'effet des habitudes de vie et des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur la santé des femmes.

En 1996, un échantillon de femmes appartenant à trois groupes d'âge spécifiques (18 à 23 ans, 45 à 50 ans et 70 à 75 ans) a été obtenu à partir d'un fichier administratif (Medicare database) tenu par la Health Insurance Commission. Les groupes d'âge choisis ont été retenus puisqu'ils constituent des moments clés relativement à la santé et au bien-être des femmes. Une invitation à participer à l'enquête, accompagnée d'un questionnaire, a été expédiée aux femmes sélectionnées dans laquelle la durée prévue de l'enquête était bien mentionnée. Plus de 40 000 femmes ont accepté de prendre part au projet et ont retourné le questionnaire. Ce dernier comprenait des questions sur des caractéristiques sociodémographiques, des mesures anthropométriques (déclarées), l'état de santé physique, mentale et émotionnelle, l'utilisation des soins de santé, des problèmes de santé, le stress, l'emploi du temps, la famille et la violence. Étant donné la fiabilité restreinte de la base de sondage employée, il semble que le taux de réponse ne peut être calculé précisément. Toutefois, il serait situé entre 40 et 55 % selon le groupe d'âge, ce qui est plutôt faible. À la lumière d'une analyse poussée de la non-réponse, il a été conclu que la présence de biais était négligeable.

La cohorte des femmes de 45 à 50 ans a été enquêtée à nouveau, en 1998 et en 2001, par l'entremise d'une collecte postale à propos de sujets semblables. Il en fut de même, en 1999 et en 2002, pour la cohorte la plus âgée et en 2000 et en 2003, pour la cohorte des jeunes femmes. Par la suite, une nouvelle vague de collecte est prévue à tous les trois ans. Le taux de suivi à la troisième vague est légèrement supérieur à 80 % pour toutes les cohortes, à l'exception de la cohorte des femmes de 18 à 23 ans pour laquelle le taux n'est que de 64 %. Les participantes à

ce projet sont également sollicitées à participer à des études connexes traitant de sujets tels que les problèmes de sommeil, la violence domestique, la ménopause, etc.

- *Europe*

Le programme européen **EPIC (The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)** a été mis sur pied par l'International Agency for Research on Cancer au début des années 90 afin d'étudier principalement la relation entre la nutrition, le style de vie, les facteurs environnementaux et le cancer.

À ce jour, dix pays, dont la France et le Royaume-Uni, ont pris part au programme en l'adaptant à leurs besoins respectifs. Les enquêtes étant réalisées de façon indépendante dans chaque pays, la population cible pouvait ainsi varier. En France, seules les femmes étaient visées, alors qu'au Royaume-Uni, la population générale âgée de 20 ans et plus a été enquêtée.

Habituellement, lors de l'entrevue initiale et lors de chacun des suivis, les instruments suivants étaient employés : un questionnaire sur les fréquences alimentaires, un journal alimentaire sur une période de sept jours et un questionnaire sur la santé et le style de vie. De plus, des mesures anthropométriques et une prise de sang étaient effectuées.

Malgré l'ampleur de ce programme et le fait que plus de 520 000 volontaires aient participé à celui-ci depuis son inauguration, la manière dont les participants sont sélectionnés, en plus d'être non aléatoire, sème un doute important au niveau de la représentativité.

Partie 2

Synthèse et analyse critique

7. Synthèse, nouvelles avenues et tendances

La section 7 propose d'abord une synthèse de l'ensemble des enquêtes présentées dans ce document (section 7.1). Elle propose ensuite (section 7.2) une analyse critique des tendances qui se dégagent de ces enquêtes pour certains paramètres relatifs aux méthodes et aux stratégies d'enquêtes (population cible, base de sondage, périodicité, représentativité, modes et outils de collecte, utilisation de fichiers administratifs, programmes et séries d'enquêtes, comparabilité internationale). Cette analyse permet également d'illustrer, par quelques exemples, de nouvelles avenues qui, sans être courantes, semblent prometteuses. Ce bilan des tendances et des nouvelles avenues offre un éventail de possibilités. Leur potentiel d'application au Québec fera l'objet de la section 8.

7.1 Vue d'ensemble

La première partie de ce document a présenté une description succincte des enquêtes nationales réalisées sur une période de dix ans au Canada et dans ses provinces, de même qu'aux États-Unis, en France, au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande et sur le plan international. La présente section tentera d'en donner une vue d'ensemble, d'examiner les thématiques abordées et de voir comment les enquêtes réalisées au Québec et au Canada se comparent avec celles des autres pays, et principalement des trois premiers pays³⁰.

- *Nombre total d'enquêtes réalisées*

Le tableau synthèse n° 16 regroupe l'ensemble des enquêtes transversales et longitudinales recensées dans chacun des pays selon le thème principal de l'enquête ou la population touchée. Comme le montre ce tableau, cette recension a permis d'examiner un total de 203 enquêtes réalisées de 1995 à 2005.

Au cours de cette période, le Québec a mené 25 enquêtes transversales ou longitudinales. Cela est nettement plus que dans les autres provinces canadiennes, soit 22 enquêtes pour l'ensemble de celles-ci. Cet écart s'explique sans doute par le fait que le Québec est la seule province canadienne à s'être dotée formellement d'un institut de la statistique, ce qui favorise la réalisation d'enquêtes ayant une représentativité nationale (sur lesquelles porte cette recension) et leur visibilité.

Aux enquêtes québécoises s'ajoutent les enquêtes canadiennes. Le nombre total d'enquêtes, excluant celles des provinces, réalisées à l'échelle canadienne (26 enquêtes) au cours de la période est inférieur à celui de la France (32 enquêtes) et à ceux des États-Unis et du Royaume-Uni (40 et 37 enquêtes, respectivement). Il faut cependant se garder de tirer des conclusions uniquement à la lumière du nombre d'enquêtes. Il faut en effet se rappeler que ce nombre inclut des enquêtes d'ampleur très variable : des enquêtes transversales effectuées à une seule occasion ou, au contraire, répétées périodiquement voire annuellement, des enquêtes longitudinales – qui, par définition,

30. L'inventaire des enquêtes réalisées en Australie et en Nouvelle-Zélande pourrait ne pas être exhaustif.

s'échelonnent dans le temps – certaines enquêtes ne comptant que quelques questions (ex. : l'enquête québécoise sur la vaccination), alors que d'autres portent sur de nombreux thèmes et comportent de très nombreuses questions. Afin d'apporter quelques nuances, le tableau synthèse indique les enquêtes transversales qui ont été répétées au cours de la période (une information plus détaillée étant fournie dans les chapitres précédents).

Rappelons que cette étude visait à recenser les enquêtes ayant une représentativité nationale dans les pays sélectionnés. La recension est exhaustive pour ces pays, à l'exception de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande pour lesquels la recension pourrait ne pas l'être puisqu'elle s'est concentrée sur les organismes statistiques importants de ces pays. Pour le Québec et les autres provinces canadiennes, les enquêtes à portée provinciale ont également été recensées. Le Royaume-Uni a la particularité de réaliser – en coordination, toutefois – presque uniquement des enquêtes représentant ses entités dont certaines sont nationales : l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord; les enquêtes concernant ces dernières entités ont donc été considérées à titre d'enquêtes nationales.

Rappelons finalement qu'il peut exister un biais dans le repérage des enquêtes, d'abord pour le Québec où les enquêtes nous sont plus familières et ensuite parce qu'Internet a été la principale source de repérage. En effet, les enquêtes faites par les organismes importants sont plus facilement repérables; de plus, certaines enquêtes pourraient pour diverses raisons ne pas être diffusées sur le Web (enquêtes plus anciennes, autres canaux de diffusion, etc.)

- *Prépondérance des enquêtes transversales*

Le tableau 16 permet de constater la prépondérance des enquêtes transversales. Ainsi, 162 enquêtes transversales et 41 enquêtes longitudinales ont été inventoriées, ces dernières représentant une enquête sur cinq. Compte tenu de l'importance des coûts associés aux enquêtes longitudinales et de leur ampleur, leur nombre est appréciable.

Au cours de la période étudiée, le Québec a réalisé deux enquêtes longitudinales et le Canada, cinq. C'est aux États-Unis qu'ont été recensées le plus grand nombre d'enquêtes longitudinales (12 enquêtes), suivis du Royaume-Uni (8 enquêtes). Le nombre d'enquêtes longitudinales en France (quatre enquêtes) s'apparente à celui du Canada. Presque tous les pays ont plusieurs enquêtes longitudinales.

- *Enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population*

Tous les pays disposent d'au moins une enquête générale transversale, c'est-à-dire une enquête abordant une variété de thèmes liés à la santé et qui s'adresse à l'ensemble (ou la majorité) de la population. Et dans tous les pays, l'enquête a été répétée durant la période étudiée. Le Québec, comme quatre autres provinces canadiennes, n'a connu qu'une enquête générale sans répétition. On note, par ailleurs, que certains pays ont plus d'une enquête générale, en particulier la France et le Royaume-Uni. Dans ce dernier cas, cela s'explique par le fait qu'aucune des enquêtes ne couvre l'ensemble du territoire.

Deux enquêtes internationales générales (non répétées) s'ajoutent aux enquêtes nationales pour dresser un portrait transversal de la santé des populations concernées : l'une portant entre autres sur trois des pays visés par cette recension (France, Royaume-Uni, Australie), l'autre, sur le Canada et les États-Unis uniquement.

Pour compléter cette vue d'ensemble, on doit également considérer que, parmi les enquêtes longitudinales, on dénombre certaines enquêtes qui s'adressent à l'ensemble de la population et qui abordent une variété de thèmes liés à la santé. C'est le cas de l'ENSP au Canada. Les enquêtes de panels de ménages ont également des thèmes généraux (États-Unis, Royaume-Uni, Australie). Le Québec ne compte aucune enquête longitudinale portant sur la population générale, ni panel de ménages.

- *Enquêtes générales auprès de populations spécifiques*

Les enquêtes recensées comprennent également 13 enquêtes transversales visant des populations spécifiques mais qui abordent un contenu général pertinent à ces populations. Environ la moitié d'entre elles (sept enquêtes) portent sur les enfants et les jeunes, incluant plusieurs enquêtes répétées. Les autres populations visées sont les groupes ethniques (trois enquêtes), les itinérants (deux enquêtes) et les personnes âgées (une enquête).

Le Québec a effectué trois enquêtes transversales auprès de populations spécifiques au cours des dix dernières années, tout comme la France et le Royaume-Uni, alors que le Canada n'en a fait aucune.

Les enquêtes longitudinales sont prépondérantes parmi les enquêtes portant sur des populations spécifiques. On compte ainsi parmi les enquêtes longitudinales : 11 enquêtes portant sur les jeunes (Québec, Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Europe, Australie), 8 enquêtes portant sur les personnes âgées (Canada, États-Unis, Angleterre, Europe, Australie), 8 enquêtes, sur des groupes d'employés ou des professions spécifiques (États-Unis, France, Québec) et 3 enquêtes (parmi les 4 classées dans les enquêtes diverses) portant sur d'autres sous-groupes de la population (le vieillissement en France, les femmes en Australie, les autochtones au Canada). Les deux enquêtes longitudinales que compte le Québec visent des populations spécifiques.

- *Prépondérance des enquêtes thématiques*

Comparativement aux enquêtes générales, les enquêtes thématiques³¹ sont prépondérantes. Ainsi, 129 enquêtes thématiques transversales ont été recensées, auxquelles s'ajoutent un peu moins d'une vingtaine d'enquêtes longitudinales portant sur des thèmes particuliers.

31. Les enquêtes dites thématiques sont celles qui abordent un sujet en particulier (soit auprès d'une population spécifique, soit auprès de l'ensemble de la population).

Tableau 16

Nombre d'enquêtes¹ par pays ou territoire et par thème ou population, 1995-2005

	Québec	Autres provinces san.	Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni	Australie ³	Nouvelle-Zélande ³	International	TOTAL
Enquêtes transversales générales²										
Population générale	1	4	1 ^R	2 ^R	4 ^R	4 ^R	1 ^R	1 ^R	2	20 ^R
Populations spécifiques										
Jeunes	1	1 ^R	–	1	2 ^R	1 ^R	–	–	1 ^R	7 ^R
Groupes ethniques	1	–	–	–	–	1	1 ^R	–	–	3
Personnes âgées	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1
Itinérants	1	–	–	–	1	–	–	–	–	2
Enquêtes transversales thématiques										
Soins de santé	4	2 ^R	4 ^R	8 ^R	7 ^R	7 ^R	–	1	–	33 ^R
Santé – politiques/programmes scolaires	–	–	–	2 ^R	–	–	–	–	–	2 ^R
Santé – déclarations	–	–	–	1	–	1 ^R	–	–	–	2 ^R
Santé – mesures	–	–	–	1 ^R	–	–	–	–	–	1 ^R
Santé mentale	–	–	1	–	–	5	1	–	1 ^R	8 ^R
Santé dentaire	3 ^R	–	–	–	–	1	–	–	–	4 ^R
Santé au travail	–	–	1	–	3 ^R	1 ^R	–	–	–	5 ^R
Vaccination	1 ^R	–	2 ^R	3 ^R	–	–	–	–	–	6 ^R
Incapacité/vieillesse/aidants	1	–	1	1	2	–	1 ^R	–	–	6 ^R
Périnatalité/avortement/contraception/ITS	1 ^R	–	1 ^R	2 ^R	1	1 ^R	–	–	–	6 ^R
Nutrition	2	5	2 ^R	–	3 ^R	2 ^R	1	2	–	17 ^R
Obésité/surpoids	–	–	–	–	1 ^R	–	–	–	–	1 ^R
Activité physique	1	1 ^R	1 ^R	–	–	–	–	–	–	3 ^R
Prévention	1 ^R	–	–	1 ^R	1	–	–	–	–	3 ^R
Tabac/alcool/drogues/jeu	1 ^R	7 ^R	4 ^R	6 ^R	2 ^R	3 ^R	–	–	–	23 ^R
Exposition soleil/environnement	1 ^R	–	1	–	–	1	–	–	–	3 ^R
Violence parentale/conjugale	2 ^R	–	–	–	1	–	–	–	–	3 ^R
Questions sociales	1	–	2 ^R	–	–	–	–	–	–	3 ^R
Enquêtes longitudinales										
Population générale	–	–	2	2	1	1	1	–	–	7
Panel de ménages				1		1	1		–	3
Populations spécifiques										–
Jeunes	1	1	1	2	–	5	1	–	–	11
Personnes âgées	–	1	1	3	–	1	1	–	1	8
Professions ou entreprises	1	–	–	4	2	–	–	–	1	8
Diverses	–	–	1	–	1	–	1	–	1	4
TOTAL	25	22	26	40	32	37	10	4	7	203

1. Le nombre indiqué au tableau représente le nombre d'enquêtes différentes faites au cours de la période de dix ans et ne tient pas compte du nombre de répétitions de cette enquête au cours de la période. Le symbole R au tableau indique qu'au moins une des enquêtes concernées a été répétée au cours de la période 1995-2005. Ce symbole n'est pas présenté pour les enquêtes longitudinales qui par définition sont répétées. Le lecteur se reportera aux tableaux 10 à 15 pour connaître les années où ces enquêtes ont été réalisées ou répétées.

2. Ce nombre n'inclut pas les volets transversaux d'enquêtes longitudinales.

3. La recension des enquêtes pourrait ne pas être exhaustive pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Au cours de la période étudiée, le Québec a effectué un nombre d'enquêtes thématiques de type transversal (19 enquêtes) comparable au nombre d'enquêtes de ce type réalisées dans les pays considérés, qui varie de 20 à 25 (Canada, France, États-Unis, Royaume-Uni). Ce nombre est cependant appréciable si on le compare avec le nombre total des autres provinces canadiennes (15 enquêtes).

- *Principaux sujets des enquêtes thématiques transversales*

Le tableau 16 illustre bien la variété des thèmes abordés dans les enquêtes transversales thématiques. Les soins de santé (organisation, qualité des soins, satisfaction des usagers) sont une préoccupation importante au Québec et dans la plupart des pays, comme en témoignent les 33 enquêtes recensées sur ce sujet, dont plusieurs ont été répétées. Les autres sujets d'enquêtes les plus fréquents sont : la problématique du tabac/alcool/drogues/jeux de hasard (23 enquêtes), la nutrition (17 enquêtes), la santé mentale (8 enquêtes), la vaccination (6 enquêtes), l'incapacité, les aidants naturels ou le vieillissement (6 enquêtes), la problématique de la contraception, de l'avortement, de la périnatalité ou de la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS, 6 enquêtes) et la santé au travail (5 enquêtes).

Une variété d'enquêtes thématiques ont été réalisées au Québec. On remarquera surtout quelques thèmes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête dans cette province, notamment : la santé mentale, la santé au travail, l'obésité et l'excès de poids, les politiques et les programmes de santé de même que la santé physique déclarée ou mesurée. Dans les autres provinces canadiennes, les enquêtes ont surtout porté sur la thématique du tabac/alcool/drogues/jeux de hasard et la nutrition.

La plupart des pays considérés (Canada, États-Unis, Royaume-Uni, France) ont mené plusieurs enquêtes sur le thème des soins de santé au cours de la période couverte par la recension; ce thème a aussi été examiné au Québec et dans deux autres provinces canadiennes. Par contre, seuls les États-Unis ont réalisé deux enquêtes portant sur les programmes ou les politiques de santé dans les écoles. L'état de santé physique (déclaré ou mesuré) a été l'objet de trois enquêtes (États-Unis, Royaume-Uni). Les enquêtes sur la santé mentale, qui apparaissent à première vue assez répandues sont en fait concentrées au Royaume-Uni, qui à lui seul en compte cinq, trois d'entre elles faisant partie d'une même série. En fait, hormis ce pays, seuls le Canada et l'Australie ont réalisé une enquête sur ce sujet. Par ailleurs, il semble que seuls le Québec et le Royaume-Uni aient réalisé des enquêtes sur la santé dentaire. Cependant, il est possible que ce type d'enquêtes utilisent des créneaux particuliers et que les enquêtes ne soient pas disponibles sur Internet. Enfin, la santé au travail a fait l'objet de cinq enquêtes, en France principalement, de même qu'au Royaume-Uni et au Canada.

Les enquêtes sur la vaccination ont toutes été répertoriées dans les pays d'Amérique. Encore une fois, il est possible qu'il y ait un biais de repérage de ces enquêtes sur Internet. Pour la même raison sans doute, trois enquêtes sur des questions sociales ont été identifiées au Canada seulement. De plus, deux enquêtes sur la violence conjugale ou parentale ont été réalisées au Québec et une, en France. Par ailleurs, la plupart des pays ont

mené au moins une enquête sur les thèmes de l'incapacité, du vieillissement et des aidants naturels au cours de la période de dix ans. On a aussi recensé une ou deux enquêtes par pays sur la périnatalité, l'avortement, la contraception ou la prévention des ITS (sauf sur le continent océanien pour lequel la recension n'est pas exhaustive).

En ce qui a trait aux comportements et aux habitudes de vie, le thème le plus fréquent est, sans contredit, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues (23 enquêtes); ce thème est souvent traité avec les jeux de hasard. Il a fait l'objet d'enquêtes répétées dans la plupart des pays, de même qu'au Québec et dans d'autres provinces canadiennes où sept enquêtes ont été recensées. La nutrition suit de près avec 17 enquêtes, dont 5 dans les autres provinces canadiennes. C'est la France qui semble avoir réalisé le plus grand nombre d'enquêtes de nutrition (trois), auxquelles s'ajoute une enquête portant essentiellement sur le surpoids et l'obésité, confirmant l'intérêt que porte ce pays à ce domaine de la santé publique. Notons qu'aux États-Unis, ce thème est couvert dans la National Health and Nutrition Examination Survey. Des enquêtes sur quelques thèmes supplémentaires s'ajoutent à la recension, au Canada principalement ou dans certaines de ses provinces : l'activité physique, la prévention dont celle des accidents (en France et aux États-Unis également), l'exposition au soleil (Royaume-Uni également) et enfin, un autre aspect de l'environnement, l'herbe à poux.

- *Principales thématiques des enquêtes longitudinales*

On ne saurait avoir un portrait complet des thèmes abordés dans les enquêtes nationales sans considérer les thèmes couverts par les enquêtes longitudinales³². Environ une vingtaine d'enquêtes longitudinales (sur 40) sont consacrées à des thèmes particuliers. Ainsi, la plupart des enquêtes longitudinales effectuées auprès de populations générales portent sur les thèmes suivants : une enquête sur les soins de santé (États-Unis), une enquête sur le tabagisme (Canada), une sur la consommation d'alcool et de drogues (États-Unis), une sur l'incapacité (France), une sur la santé mentale (Grande-Bretagne) et une sur les étapes importantes de la vie (Australie).

On notera aussi parmi les enquêtes longitudinales auprès des enfants et des jeunes : une enquête portant sur la santé des enfants abusés ou négligés (États-Unis), une sur la santé mentale et une sur l'allaitement et les pratiques alimentaires (Royaume-Uni).

Parmi les enquêtes longitudinales menées auprès de groupes d'employés ou de professions spécifiques (huit enquêtes), on notera bien sûr l'accent mis sur la santé au travail, de même que deux enquêtes portant sur l'utilisation des contraceptifs oraux (chez les infirmières aux États-Unis) et une enquête portant sur la santé

32. Les thèmes principaux des enquêtes longitudinales sont présentés aux tableaux 10 à 15. Le tableau 16 présente ces enquêtes selon les populations ciblées.

mentale des infirmières (Québec). Finalement, une enquête européenne (classée dans les enquêtes longitudinales diverses) vise spécifiquement les thèmes de la nutrition et du cancer.

- *Quelques enquêtes internationales*

Au total, la recension a permis d'inventorier sept enquêtes internationales. Celles-ci incluent trois enquêtes transversales générales, une thématique et trois enquêtes longitudinales.

7.2 Analyse critique des méthodes et stratégies d'enquêtes

Cette section présente une analyse des méthodes utilisées dans les enquêtes recensées ou discutées dans les écrits scientifiques ou lors de communications récentes. Quelques stratégies d'enquête prometteuses sont également soulignées. Sont tour à tour commentés les aspects suivants : population cible, base de sondage, périodicité des enquêtes, période de collecte, représentativité, estimateurs pour de petites régions, modes et outils de collecte, collecte de données qualitatives, utilisation de fichiers administratifs et couplage aux données d'enquête. Finalement, les programmes et séries d'enquêtes ainsi que la comparabilité internationale sont discutés.

7.2.1 Population cible

- *Enquêtes transversales générales*

La quasi-totalité des enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population visent uniquement les personnes vivant en ménage privé. En effet, seules l'enquête générale de la Nouvelle-Zélande et l'ENSP au Canada font exception en incluant des personnes résidant en établissement de soins de santé. La majorité des enquêtes excluent une part plus ou moins importante des enfants ou des personnes âgées alors que seulement cinq enquêtes parmi la vingtaine répertoriée portent sur les personnes de tous âges.

Parmi les enquêtes générales auprès de populations spécifiques, la moitié visent exclusivement des enfants. La sélection de l'échantillon de ces enquêtes (à l'exception du NSCH aux États-Unis qui vise également des enfants n'étant pas d'âge scolaire et de l'ESSEA au Québec qui vise aussi de jeunes décrocheurs) est faite directement dans les écoles. On note également trois enquêtes ciblant des minorités culturelles (Québec, Royaume-Uni et Australie) et deux enquêtes, réalisées au Québec et en France, interviewant la clientèle des centres d'hébergement, des soupes populaires et des centres de jour composée, entre autres, de personnes itinérantes. Une enquête vise les personnes âgées.

- *Enquêtes transversales thématiques*

La population cible des enquêtes transversales thématiques dépend souvent du sujet principal de l'enquête. Les tableaux 17 et 18 présentent la population cible des enquêtes portant sur les thèmes les plus fréquemment rencontrés.

Les enquêtes transversales sur les soins de santé (tableau 17) visent soit des usagers, soit des professionnels de la santé, selon l'aspect que l'on souhaite mesurer. Certaines enquêtes auprès des usagers ciblent l'ensemble des adultes ou des enfants vivant en ménage privé; d'autres s'adressent plus précisément aux clientèles des médecins, des hôpitaux, des centres d'hébergement, etc., ou aux personnes ayant un diagnostic donné. Dans les enquêtes recensées auprès des professionnels de la santé, on sélectionne des épisodes de soins au sujet desquels on interroge les médecins ou les administrateurs ou, à l'inverse, des médecins que l'on interroge sur leurs pratiques lors d'un certain nombre de consultations.

Les thèmes de nombreuses enquêtes ne touchent pas les enfants; c'est le cas, entre autres, de la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues et de sujets liés à la sexualité (tableau 18). Les enquêtes sur la sexualité excluent aussi les personnes âgées puisque ce sujet représente un facteur de risque moins important sur la santé des aînés. Par contre, les enquêtes sur ces thèmes s'intéressent souvent aux adolescents qui constituent un groupe à risque pour lequel on souhaite mettre en place des mesures de prévention efficaces. Ces enquêtes se tiennent en grande partie dans les écoles secondaires où les jeunes sont sélectionnés.

Néanmoins, les enfants font aussi parfois l'objet d'enquêtes distinctes sur des thèmes qui les concernent différemment tels que la nutrition et la vaccination. Il en est de même pour les personnes âgées sur le plan de la vaccination. Comme c'est souvent le cas, indépendamment du thème, l'échantillon des enquêtes sur la nutrition chez les jeunes est constitué par l'entremise des écoles. Les autres enquêtes sur la nutrition visent habituellement les membres de ménages privés en excluant minimalement une part plus ou moins importante des jeunes et parfois les personnes âgées. La seule exception est une enquête sur les comportements alimentaires des 16 à 30 ans repérée en France.

Les enquêtes dénombrées sur la vaccination ciblent un groupe d'âge bien précis puisque ce sujet, bien qu'il soit d'intérêt pour l'ensemble de la population, concerne différemment les individus selon leur âge. Notons qu'au Canada, une enquête s'intéresse à la vaccination chez le personnel de la santé, pour lequel ce thème revêt une importance capitale. D'ailleurs, le personnel de la santé fait également l'objet de plusieurs enquêtes, entre autres sur la santé et la satisfaction au travail et l'organisation des services. Au Québec, la santé dentaire fait l'objet d'enquêtes distinctes pour des groupes d'âge assez restreints. Toutefois, une enquête au Royaume-Uni s'est intéressée à l'ensemble des personnes de 16 ans et plus.

Les enquêtes sur la santé mentale visent souvent les adultes seulement à l'exception d'une enquête recensée au Royaume-Uni portant sur la santé mentale des enfants de 5 à 17 ans placés sous la protection sociale. On retrouve également trois enquêtes au Royaume-Uni portant spécifiquement sur la santé mentale des prisonniers, de minorités ethniques et des aidants naturels. Notons que la France a aussi expérimenté une enquête sur les incapacités chez les prisonniers.

Tableau 17

Population cible des enquêtes transversales sur le thème des soins de santé, 1995-2005

Enquête	Pays ou territoire	Population cible
Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale	Canada	Médecins
Sondage national auprès des médecins (SNM)	Canada	Médecins généralistes, médecins de famille
Enquête sur l'accès aux services de santé	Canada	Personnes de 15 ans et plus (ménage privé)
Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone	Canada	Personnes autochtones de 18 ans et plus (réserves indiennes)
Info-Santé CLSC : L'accessibilité, la qualité et l'efficacité reconnus	Québec	Personnes ayant fait appel au service
La connaissance du service téléphonique Info-Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence	Québec	Personnes de 18 ans et plus en salle d'attente d'une urgence
Sondage sur la satisfaction des clientèles des hôpitaux et les clientèles des CLSC	Québec	Personnes de 14 ans et plus ayant été hospitalisées ou ayant eu recours au CLSC
Profil des médecins du réseau public en santé au travail	Québec	Médecins oeuvrant en santé au travail
Ontario Hospital Report: Acute Care	Ontario	Épisodes de soins hospitaliers chez personnes de 18 ans et plus
Alberta Health Survey	Alberta	Personnes de 18 ans et plus (ménage privé)
National Survey of Children with Special Health Care Needs	États-Unis	Enfants de moins de 18 ans de ménages non assurés à faible revenu et ayant besoin de soins de santé
National Survey of Early Childhood Health	États-Unis	Enfants de 4 à 35 mois et leurs parents
National Hospital Discharge Survey	États-Unis	Épisodes de soins, hôpitaux de soins de courte durée et non spécialisés (administrateurs)
National Ambulatory Medical Care Survey	États-Unis	Médecins
National Hospital Ambulatory Medical Care Survey	États-Unis	Visites aux urgences et cliniques externes ou épisodes de soins de courte durée (administrateurs)
National Home and Hospice Care Survey	États-Unis	Personnes recevant soins à domicile ou soins palliatifs
National Nursing Home Survey	États-Unis	Personnes en résidences avec soins
National Survey of Ambulatory Surgery	États-Unis	Visites en chirurgie ambulatoire
Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques	France	Personnes de 18 ans et plus remboursées pour médicaments contre le diabète
La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social	France	Personnes traitées pour usage de drogues dans établissements spécialisés
Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003	France	Établissements pénitenciers (inspecteurs-médecins)
Enquête permanente sur la prescription médicale	France	Personnes vues par médecins en pratique libérale
Baromètre santé médecins généralistes	France	Médecins généralistes en pratique libérale
Baromètre santé: enquête auprès des pharmaciens d'officine	France	Pharmaciens
Enquête sur les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité	France	Personnes consultant en centre de soins gratuits
Coronary heart disease survey (UK)	Royaume-Uni	Patients ayant certains diagnostics de MCV
National cancer survey (UK)	Royaume-Uni	Patients ayant diagnostic de cancer (6 types)
Acute Inpatient Survey (UK)	Royaume-Uni	Patients hospitalisés
General practice survey	Royaume-Uni	Personnes de 18 ans et plus ayant consulté un généraliste
Personal Social Services user experience survey 2001-2002	Royaume-Uni	Personnes de 18 ans et plus ayant reçu services
Personal Social Services: Survey of home care users in England aged 65 or over: 2002-03	Royaume-Uni	Personnes de 65 ans et plus recevant soins à domicile
Personal social services: Survey of physically disabled and sensory impaired users in England aged 18-64: 2003-04	Royaume-Uni	Personnes de 18-64 ans avec incapacité recevant soins à domicile
NHS staff survey	Royaume-Uni	Employés du système de soins (NHS)
Non-practising Nurses and Midwives	Nouvelle-Zélande	Infirmiers et sage-femmes certifiés et sans travail

Tableau 18

Population cible des enquêtes transversales thématiques sur des thèmes fréquents, 1995-2005

Thème	Enquête	Pays ou territoire	Population cible
Tabac, alcool, drogues et jeu	Enquête sur les Campus canadiens	Canada	Étudiants universitaires à temps plein
	Enquête sur les toxicomanies au Canada	Canada	Personnes de 15 ans et plus (ménage privé)
	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	Canada	Personnes de 15 ans et plus (ménage privé)
	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes	Canada	Élèves de 5 ^e année du primaire à la 3 ^e année du secondaire
	Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire	Québec	Élèves du secondaire
	Ontario Student Drug Use Survey	Ontario	Élèves de 7 ^e à 12 ^e année
	CAHM Monitor	Ontario	Personnes de 18 ans et plus (ménage privé)
	Nova Scotia Video Lottery Players' Survey	Nouvelle-Écosse	Personnes de 19 ans et plus utilisant les appareils de loterie vidéo
	Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces	Provinces de l'Atlantique	Élèves de 7 ^e , 9 ^e , 10 ^e et 12 ^e année
	Gambling and Problem Gambling in Saskatchewan	Saskatchewan	Personnes de 19 ans et plus (ménage privé)
	Substance Use Among Manitoba High School Students	Manitoba	Élèves du secondaire
	Alberta Youth Experience Survey	Alberta	Élèves de 7 ^e à 12 ^e année
	National College Health Risk Behavior Survey	États-Unis	Jeunes de 18-24 ans et étudiants non gradués de collèges et universités de 18 ans et plus
	National Alternative High School Youth Risk Behavior	États-Unis	Élèves des écoles secondaires alternatives (jeunes ayant des problèmes sociaux, émotifs ou de comportements)
	Youth Risk Behavior Surveillance Survey	États-Unis	Élèves de 8 ^e à 12 ^e année des écoles publiques
	Monitoring the Future	États-Unis	Adolescents, élèves des écoles secondaires et jeunes adultes
	National Survey on Drug Use and Health	États-Unis	Personnes de 12 ans et plus (ménage privé)
	Gambling Impact and Behavior Survey	États-Unis	Personnes de 16 ans et plus
	Enquête sur la santé et les consommations de drogues lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD)	France	Jeunes d'environ 17-18 ans à la Journée d'appel de préparation à la défense
	Conscription	France	Hommes de 17-25 ans lors des trois jours du service militaire
	Drug use, smoking and smoking among young people in England	Royaume-Uni	Élèves du secondaire
	Survey on smoking behaviour and attitudes	Royaume-Uni	Personnes de 16 ans et plus (ménage privé)
	Drinking: adults' behaviour and knowledge	Royaume-Uni	Personnes de 16 ans et plus (ménage privé)
	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Canada	Personnes de 15 ans et plus (ménage privé)
Santé Mentale	Santé mentale et bien-être		
	Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates	Royaume-Uni	Minorités ethniques : 16 à 74 ans (ménage privé)
	National survey of the mental health of young people looked after by local authorities in England	Royaume-Uni	Enfants de 5 à 17 ans sous protection sociale
	Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain	Royaume-Uni	Personnes de 16 à 74 ans (ménage privé)
	Survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales	Royaume-Uni	Prisonniers
	Survey of the mental health of carers living in England	Royaume-Uni	Personnes de 16 ans et plus apportant soins à une personne vivant en ménage privé
	National Survey of Mental Health and Wellbeing	Australie	Personnes de 18 ans et plus (ménage privé)
	La santé mentale en population générale: Images et réalités	Internationale	Personnes de 18 ans et plus (ménage privé)

../suite du tableau à la page suivante

Tableau 18

Population cible des enquêtes transversales thématiques sur des thèmes fréquents, 1995-2005

Thème	Enquête	Pays ou territoire	Population cible
Nutrition	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Canada	Tous âges (ménage privé)
	Nutrition		
	Tracking Nutrition Trends Survey	Canada	Personnes de 18 ans et plus (ménage privé)
	Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. Volet nutrition	Québec	Élèves de 6 à 16 ans
	Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans	Québec	Enfants nés en 1997-1998 de mères vivant au Québec
	Ontario Nutrition and Cancer Prevention Survey	Ontario	Personnes de 18 à 64 ans (ménage privé)
	Nutrition Newfoundland and Labrador	Terre-Neuve et Labrador	Personnes de 18 à 74 ans (ménage privé)
	Manitoba Nutrition Survey	Manitoba	Personnes de 18 à 74 ans (ménage privé)
	British Columbia Nutrition Survey	Colombie-Britannique	Personnes de 19 à 84 ans (ménage privé)
	National Health and Nutrition Examination Survey	États-Unis	Personnes de tous âges (ménage privé)
Nutrition	Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires	France	Personnes de 3 ans et plus (ménage privé)
	Comportements alimentaires des 16-30 ans	France	Personnes de 16 à 30 ans (ménage privé)
	Baromètre santé nutrition	France	Personnes de 12 à 75 ans (ménage privé)
	Enquête Nationale Nutrition-Santé	France	Personnes de 3 ans et plus (ménage privé)
	National Diet and Nutrition Survey	Royaume-Uni	Personnes de 19 à 64 ans (ménage privé)
	Low Income Diet and Nutrition Survey	Royaume-Uni	Personnes (tous âges) en situation de précarité financière
	National Nutrition Survey	Australie	Personnes de 2 ans et plus (ménage privé)
	National Children's Nutrition Survey	Nouvelle-Zélande	Élèves de 5 à 14 ans
	New Zealand National Nutrition Survey	Nouvelle-Zélande	Personnes de 15 ans et plus (ménage privé)
	Enquête nationale sur la couverture vaccinale	Canada	Enfants de 24-35 mois et 7 ans
Vaccination	Enquête nationale sur la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe et l'hépatite B	Canada	Personnel du système de soins de santé
	Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque	Québec	Personnes de 50 ans et plus (ménage privé)
	National Adult Immunization Survey	États-Unis	Personnes de 50 ans et plus (ménage privé)
	National Teen Immunization Survey	États-Unis	Personnes de 13 à 15 ans (ménage privé)
	National Immunization Survey	États-Unis	Enfants de 19 à 35 mois (ménage privé)
	Enquête sur la participation et les limitations d'activités	Canada	Toutes personnes ayant une incapacité (ménage privé ou collectif)
Incapacités, vieillissement, aidants	Enquête québécoise sur les limitations d'activités	Québec	Toutes personnes ayant une incapacité (ménage privé)
	National Health Interview Survey on Disability	États-Unis	Personnes de tous âges (ménage privé)
	Personnes handicapées et l'emploi	France	Personnes de 15 ans et plus (ménage privé)
	Enquête HID Prisons	France	Prisonniers de 18 ans et plus
	Survey of Disability, Ageing and Carers	Australie	Personnes ayant une incapacité; personnes de 60 ans et plus (ménage privé et certaines institutions); aidants naturels

Les trois enquêtes (canadiennes) recensées dont le thème principal est l'activité physique s'adressent aux membres de ménages privés à partir de l'âge de 15 ou de 18 ans. Des thèmes tels que l'avortement et la périnatalité s'adressent uniquement aux femmes. Les mères de 18 ans et plus en ménage privé font aussi l'objet d'une enquête sur la violence au Québec tout comme les enfants de 0 à 17 ans. Plusieurs enquêtes s'intéressent uniquement aux personnes ayant une incapacité afin d'étudier, par exemple, les besoins précis de ces dernières. Cependant, certaines enquêtes ont aussi pour but d'estimer la proportion de gens présentant des incapacités dans

la population et ciblent tous les membres des ménages privés (deux enquêtes y ajoutent la population en logement collectif ou en prison). Enfin, parmi les groupes cibles mentionnons aussi les travailleurs exposés à certains risques pour la santé.

- *Enquêtes longitudinales*

Les enquêtes longitudinales auprès de populations générales, qui traitent habituellement de thèmes spécifiques, étudient les personnes résidant en ménage privé. Plusieurs excluent toutefois une partie des jeunes ou des personnes âgées. Certaines comprennent également un volet en établissement.

Les panels de ménages enquêtent auprès des ménages sélectionnés et de leurs membres lors de la première vague de collecte. Par la suite, les nouveaux ménages formés de personnes enquêtées à la première vague et tous leurs membres sont également suivis. Ainsi, les gens de tous âges sont ciblés par ce type d'enquête.

Il existe de nombreuses cohortes d'enquêtes auprès d'enfants et d'adolescents dont les jeunes sont suivis, en totalité ou en partie, depuis la naissance. À l'exception de l'enquête ontarienne ESJO, aucune enquête recensée n'est formée d'une cohorte initiale comprenant des adolescents. Toutefois, plusieurs cohortes sont constituées initialement d'enfants suivis durant l'adolescence. La plupart des enquêtes sur les personnes âgées ciblent soit les personnes de 50 ans et plus ou celles de 70 ans et plus. Seules les enquêtes canadienne et manitobaine font exception en étudiant les personnes de plus de 65 ans. Ces deux enquêtes ainsi que l'enquête australienne incluent également les personnes âgées résidant en établissement de soins de santé alors que les autres ne considèrent que les membres de ménages privés.

Hormis deux enquêtes américaines sur les militaires, les enquêtes longitudinales sur des professions qui ont été recensées ciblent les infirmiers et les infirmières. Bien que certaines de ces enquêtes touchent des sujets spécifiques à la profession (stress, détresse psychologique, etc.), d'autres étudient des thèmes plus généraux (contraceptifs oraux) d'où la possibilité que certains utilisateurs généralisent les conclusions tirées de l'observation de cette profession à l'ensemble de la population – bien que ce ne soit pas valide sur le plan de la théorie de l'échantillonnage. En ce qui a trait aux quatre enquêtes longitudinales diverses, la population cible est spécifique à chacune.

7.2.2 Base de sondage

La qualité d'une enquête repose en grande partie sur celle de la base de sondage choisie. La nature et la qualité des bases de sondage disponibles varient selon les pays étudiés. Entre autres, certains pays disposent d'un plus grand nombre de fichiers administratifs pouvant servir de base de sondage. Par exemple, le Royaume-Uni a l'avantage de détenir un fichier d'adresses postales (*Address Postal File*) qui est d'ailleurs largement utilisé. Toutefois, la majorité des pays disposent de registres des naissances et de bases aréolaires; ces dernières sont habituellement conçues à partir du recensement.

La sélection de la base de sondage est étroitement liée au mode de collecte retenu et à la population ciblée; le mode de collecte, faisant l'objet de la section 7.2.7, est habituellement établi *a priori*. La liste³³ demeure le choix privilégié, indépendamment du mode de collecte, lorsqu'une telle base correspondant aux besoins de l'enquête est disponible. En effet, une liste, lorsqu'elle est de bonne qualité, facilite le dépistage et la sélection des unités ciblées. Notons que la majorité des enquêtes, transversales ou longitudinales, auprès de populations spécifiques bénéficient de l'existence de listes. Ces dernières sont pratiquement indispensables à la tenue d'enquêtes auprès d'une petite portion de la population puisque les autres possibilités pour repérer les personnes ciblées entraîneraient des coûts élevés. C'est le cas, entre autres, des enquêtes auprès des jeunes et de certaines enquêtes auprès des personnes âgées. Chez les enfants en bas âge, les registres des naissances facilitent la tâche tout en assurant généralement une bonne couverture de la population cible. D'autres enquêtes concernant les enfants d'âge scolaire construisent leur échantillon en sélectionnant d'abord des écoles à partir d'une liste et, par la suite, des enfants fréquentant ces écoles. Chez les personnes âgées, certaines enquêtes tirent également profit de listes disponibles, habituellement des fichiers médicaux. Pour les enquêtes couvrant les personnes vivant en établissement, une liste des établissements est habituellement utilisée et les établissements sélectionnés fournissent ensuite une liste des résidents. Le même principe est employé dans les enquêtes auprès du personnel médical des établissements de soins de santé.

Aucune liste d'individus n'est habituellement disponible pour réaliser les enquêtes générales, transversales ou longitudinales, puisque ce type d'enquêtes cible habituellement l'ensemble ou la majorité de la population vivant en ménage privé. Dans une telle situation, pour les enquêtes réalisées en face-à-face, ce qui est le cas de la majorité des enquêtes générales recensées, l'emploi d'une base aréolaire³⁴ est généralement privilégié. Cette dernière permet le regroupement de l'échantillon en petites grappes géographiques et, par le fait même, une diminution du coût des déplacements des intervieweurs à domicile; cela est également un avantage des listes. Pour les enquêtes téléphoniques, une méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT) est habituellement employée en l'absence de listes. Cette technique est fort utile pour les enquêtes téléphoniques ciblant les ménages privés ou les membres de ceux-ci, mais elle présente des inconvénients. En effet, l'échantillon initial de numéros de téléphone comprend généralement une portion importante de numéros ne correspondant pas à un ménage privé. Lorsqu'un ménage privé est joint, il faut établir l'admissibilité de tous les membres et réaliser ensuite la sélection d'une ou plusieurs des personnes admissibles. Ainsi, le processus de dépistage et de sélection affecte grandement les taux de réponse, en plus d'augmenter les coûts de collecte. En outre, les problèmes de sous-couverture relativement à l'usage de la GANT devraient s'accroître de plus en plus en raison de l'emploi croissant des téléphones mobiles; certains ménages ne disposent plus de lignes téléphoniques conventionnelles.

33. Base de sondage définie comme étant une liste de toutes les unités de la population de l'enquête.

34. Une base aréolaire est une liste dont les unités sont des secteurs géographiques.

En ce qui a trait aux enquêtes postales, il est impératif de détenir une base liste contenant les adresses des unités visées; il n'y a pas d'autre solution. Les enquêtes exclusivement postales auprès des ménages privés sont rares en raison de l'absence, dans la plupart des pays, de base de sondage permettant ce type de collecte. Toutefois, il arrive souvent qu'un intervenant secondaire soit interrogé par la poste. C'est le cas, entre autres, des intervenants dans le milieu scolaire et dans le milieu de garde pour plusieurs enquêtes auprès des jeunes. Cependant, les coordonnées de ces intervenants sont obtenues auprès du répondant principal.

Certaines enquêtes obtiennent leur échantillon à partir des personnes répondantes ou des ménages répondants (dont la liste des membres a été dressée) à une autre enquête. Un exemple en est l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé. Cette procédure de sélection permet de combiner les données obtenues dans le cadre des deux enquêtes et de réduire les coûts de dépistage. Cependant, les taux de réponse de la seconde enquête en sont affectés puisqu'ils doivent tenir compte des taux de la première enquête également.

Mentionnons finalement l'enquête HID en France dont le volet à domicile a bénéficié d'un dépistage connexe au recensement de 1999, soit la pré-enquête Vie Quotidienne et Santé, pour identifier les personnes en état d'incapacité. Cette portion du recensement n'était administrée qu'à un échantillon de ménages. Ce dépistage permet de cibler les personnes à retenir pour l'enquête. Une approche similaire est utilisée par Statistique Canada pour l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités.

7.2.3 Périodicité

- *Enquêtes transversales générales*

Trois pays ou territoires bénéficient d'enquêtes générales transversales annuelles qui fournissent un portrait régulier de la santé de l'ensemble de la population depuis longtemps : les États-Unis (NHIS depuis 1957), la Grande-Bretagne (GHS depuis 1971) et l'Angleterre (HSE depuis 1991). Les deux programmes d'enquêtes régionales américaines (SLAITS, BRFSS) se veulent aussi annuels; le BRFSS l'est depuis 1984, mais alors il ne regroupait pas tous les États. La périodicité des autres enquêtes générales transversales varie généralement entre deux et cinq ans, si on fait exception de l'enquête décennale française.

Les deux enquêtes générales internationales de type transversal sont des enquêtes ponctuelles, la première ayant pour objectif de comparer le Canada et les États-Unis. La seconde, la World Health Survey, est aussi une enquête ponctuelle, mais il est souhaité que les instruments soient repris, modifiés et adaptés pour mieux répondre aux besoins des pays. L'OMS fournira d'ailleurs un soutien technique et méthodologique aux États intéressés à poursuivre ces enquêtes.

La moitié des enquêtes générales transversales auprès de populations spécifiques n'ont été faites qu'une fois au cours de la période étudiée (1995-2005) ou n'ont pas de périodicité annoncée (au Québec : les enquêtes auprès des communautés culturelles, des itinérants, des enfants et des jeunes; en France, auprès des 12-19 ans;

en Angleterre, auprès des personnes âgées et des minorités ethniques). L'enquête anglaise portant sur les jeunes (0-24 ans) a été faite à deux reprises au cours de cette décennie. En France, l'enquête sur les 6-11 ans est prévue aux trois ans et en Australie, celle sur les peuples autochtones, aux six ans. De plus, l'enquête internationale sur les jeunes (HBSC) est planifiée aux quatre ans. Mentionnons qu'au Canada, l'ESCC permet de couvrir, aux deux ans, les peuples vivant en région nordique, l'une des régions de l'enquête.

Par ailleurs, certaines enquêtes ont opté pour une collecte continue, dont l'enquête générale galloise (WHS) qui s'est déroulée sur une période continue de 24 mois. Un avantage d'une telle collecte est qu'elle permet d'obtenir des résultats plus rapidement et, par conséquent, des données plus récentes. Ce mode permet aussi, *a posteriori*, un découpage temporel pouvant être dicté par des événements dont on souhaite mesurer l'impact ou d'obtenir des estimations pour divers sous-groupes de population en utilisant les données recueillies sur une longue période. Par exemple, en combinant les données d'enquête de plusieurs années (de 1994 à 1996), il a été possible, dans la HSE anglaise, de fournir de l'information sur des indicateurs de base à l'échelle des divisions administratives de la santé (il y a 100 Districts of Health Authority en Angleterre). Entre 1995 et 1997, cela a été fait également pour l'analyse des données portant sur la population de 2 à 24 ans dans cette enquête. L'ESCC canadienne devrait être faite en continu à partir du cycle 4 en 2007. Enfin, la collecte en continu favorise la stabilité du personnel et la qualité de la collecte.

- *Enquêtes transversales thématiques*

Les enquêtes thématiques sont ponctuelles ou répétées selon des intervalles variables. Des thèmes, possiblement les phénomènes susceptibles de changer rapidement, se prêtent à des collectes annuelles, en particulier l'immunisation et la consommation de substances psychoactives, et cela dans la plupart des pays. Il en est de même pour la majorité des enquêtes du programme d'enquêtes sur les soins de santé aux États-Unis et pour l'enquête sur les conditions de travail du personnel de la santé au Royaume-Uni. D'autres sont plus souvent traitées aux deux ou trois ans (satisfaction des usagers de services de santé, poids corporel) ou aux cinq à sept ans (personnes diabétiques, aidants naturels, incapacité, santé mentale, risques professionnels, pratiques des professionnels de la santé, santé périnatale). Les enquêtes impliquant des mesures physiques ou des examens par un professionnel, comme la nutrition ou la santé dentaire, sont souvent décennales voire plus espacées dans l'ensemble des pays. Par exemple, l'enquête nationale sur l'alimentation et la nutrition au Royaume-Uni est faite en douze ans, soit quatre groupes d'âge enquêtés à trois ans d'intervalle chacun.

Les enquêtes portant sur des préoccupations sociales et de santé récentes comme l'exposition au soleil ou les jeux de hasard n'ont pas de fréquence établie. L'enquête américaine sur la croissance des familles (sexualité et contraception) a vu sa fréquence diminuer, passant de trois ans à six, puis à sept ans d'intervalle.

Certaines enquêtes thématiques sont réalisées en continu. L'enquête permanente sur la prescription médicale de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé produit des données trimestrielles à partir d'une collecte en continu. L'enquête américaine National Health and Nutrition Examination Survey, irrégulière à l'origine (1960), est devenue périodique de 1971 à 1994, puis en continu à compter de 1999. Dans ce cas, on peut penser que l'organisation très coûteuse d'une collecte dans les centres ambulatoires d'examens justifie d'élargir le champ des examens. Enfin, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada se déroule presque en continu (11 mois par an).

- *Enquêtes longitudinales*

Bien peu d'enquêtes longitudinales sont récurrentes. Ce type d'enquêtes s'étend habituellement sur une longue période alors que les besoins en matière de données sont en constante évolution. Ainsi, la seule enquête longitudinale récurrente recensée est de courte durée. Il s'agit de Infant feeding 2000 survey, une enquête sur l'allaitement, qui est reconduite à tous les cinq ans et dans laquelle des mères sont enquêtées à trois reprises en l'espace d'un an seulement. Toutefois, de nombreuses enquêtes introduisent à certains moments de nouvelles cohortes, ce qui permet parfois, comme dans l'ELNEJ, l'inférence transversale. Ainsi, dans le contexte longitudinal, la périodicité est plutôt définie par le temps écoulé entre les différentes vagues de collecte. Celle-ci varie d'une enquête longitudinale à l'autre.

Les panels de ménages semblent opter pour une périodicité commune, soit une collecte annuelle, tandis que les enquêtes sur les personnes âgées sont majoritairement annuelles ou bisannuelles. Pour les autres types d'enquêtes, la périodicité varie selon les objectifs visés et aussi selon le financement obtenu.

7.2.4 Période de collecte

Certains phénomènes de la santé, comportements ou autres déterminants de la santé peuvent varier selon les saisons. Lorsqu'une enquête porte sur de tels sujets, le choix de la période de collecte des données est primordial.

L'utilisation d'une collecte étalée sur une période de dix à douze mois est assez répandue dans le cas des enquêtes transversales générales auprès de l'ensemble de la population, et elle est un gage de qualité car elle permet d'éviter les variations saisonnières des phénomènes de la santé. L'enquête galloise (WHS), elle, se déroule sur vingt-quatre mois. Dans les enquêtes thématiques, certains comportements particulièrement influencés par l'environnement sont des thèmes sensibles à la période de collecte. Ainsi, les enquêtes de nutrition se déroulent habituellement sur un an environ pour tenir compte de la saisonnalité. L'enquête américaine National Health and Nutrition Examination Survey se déroule en continu depuis 1999, ce qui est exceptionnel pour une enquête thématique. Au Canada, le Sondage indicateur de l'activité physique s'étend sur l'année entière.

Les enquêtes générales transversales auprès de populations spécifiques ont des périodes de collecte variables allant de cinq à sept mois (Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999;

National Survey of Children's Health 2003 aux États-Unis; Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé) ou encore, de neuf à douze mois. Le tableau 19 présente les enquêtes transversales générales, visant l'ensemble de la population ou des populations spécifiques, dont la période de collecte s'étend sur neuf mois et plus.

L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada s'étend sur presque toute l'année. En général, les enquêtes de toxicomanie chez les adultes sont plus ponctuelles; *a priori*, il n'y a pas de raison de croire que la période de collecte a une influence sur les résultats. Par contre, le comportement des jeunes à ce sujet est influencé par le milieu scolaire. Ainsi, au Québec, on prend soin de répéter l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes à la même période de l'année, soit entre octobre et décembre. Cette stratégie permet de suivre l'évolution de la situation. Aux États-Unis, deux enquêtes auprès des étudiants sur la consommation de substances psychoactives se déroulent vers la même période (de janvier à juin), ce qui accroît la comparabilité des résultats entre les jeunes fréquentant les collèges et ceux qui fréquentent les écoles alternatives (pour les jeunes ayant des problèmes).

Pour ce qui est des enquêtes sur l'incapacité, la période varie selon le pays. L'Enquête HID Prisons (France) s'est déroulée sur un seul mois; il s'agit cependant d'une enquête particulière qui faisait face à plusieurs contraintes; l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (Canada) s'est déroulée à l'automne; la National Health Interview Survey on Disability (États-Unis) s'est étendue sur une année entière ainsi que Carers 2000 (Royaume-Uni).

Enfin, soulignons que l'enquête anglaise Survey on contraception and sexual health s'est déroulée sur quatre mois répartis sur toute l'année, choix rendu possible à cause de son inclusion dans une enquête omnibus. Sur un thème semblable, la National Survey of Family Growth aux États-Unis s'est déroulée, elle, sur l'année entière. L'enquête Sun exposure adults' behavior and knowledge (Royaume-Uni) et l'Enquête sur l'exposition au soleil (Canada) se déroulent peu après la période la plus intense d'exposition pour la majorité de la population.

7.2.5 Représentativité

Le Canada ainsi que les États-Unis et le Royaume-Uni sont parmi les pays planifiant le plus fréquemment des enquêtes permettant l'obtention d'estimations précises au niveau régional. Malgré une taille de population plus faible au Canada, les enquêtes présentent habituellement un découpage plus élaboré que les enquêtes comparables réalisées dans les autres pays en assurant minimalement, pour la plupart, une représentativité provinciale. Même certaines enquêtes recensées dans les provinces du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique permettent la production d'estimations régionales, entre autres au niveau des régions sociosanitaires.

Tableau 19

Enquêtes transversales générales ayant une période de collecte de 9 mois et plus, 1995-2005

Enquête	Pays ou territoire
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Canada
Enquête sociale et de santé 1998	Québec
Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec 1998-1999	Québec
Enquête québécoise sur les communautés culturelles	Québec
National Health Interview Survey (NHIS)	États-Unis
Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)	États-Unis
National Survey of Children's Health 2003 (NSCH)	États-Unis
Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux (enquête décennale santé)	France
General Household Survey	Grande-Bretagne
Health Survey for England	Angleterre
Scottish Health Survey	Écosse
Welsh Health Survey	Pays de Galles
National Health Survey	Australie
National Health Survey: Aboriginal and Torres Strait Islander 2001 (NHS-I)	Australie
Health Behavior in School-aged children (HBSC) 2001-2002	Internationale

Plusieurs enquêtes américaines sont représentatives pour les quatre grandes régions de recensement, et parfois même par État, alors que les enquêtes au Royaume-Uni ou en Grande-Bretagne assurent habituellement une représentativité pour les territoires suivants : l'Écosse, l'Angleterre et les Pays de Galles, ainsi que l'Irlande du Nord pour les enquêtes au Royaume-Uni. Mentionnons que les États-Unis portent également une attention particulière à la représentativité ethnique dans certaines de leurs enquêtes; toutefois, la présente section s'intéresse uniquement à la représentativité territoriale.

Dans les enquêtes longitudinales, la représentativité territoriale peut être difficile à conserver si la population est mobile. Pour cette raison, entre autres, le découpage territorial est habituellement moins élaboré dans ce type d'enquêtes.

Le tableau 20 énumère les enquêtes recensées pour lesquelles une représentativité infra-nationale a été assurée par un plan de sondage approprié. Mentionnons que cette section ne tient compte que de la représentativité figurant parmi les objectifs des enquêtes examinées. En effet, certaines enquêtes disposent parfois de données permettant de produire des estimations régionales ou locales non planifiées *a priori*. Rappelons finalement que cet inventaire ne tient pas compte des données produites dans le cadre d'enquêtes régionales sauf pour ce qui est des provinces canadiennes et du Royaume-Uni.

7.2.6 Estimateurs pour de petites régions

Le plan de sondage peut prévoir *a priori* l'obtention d'estimations précises pour certaines sous-populations par le biais d'une bonne stratification. On s'assure ainsi d'avoir suffisamment de répondants afin de produire des

estimations précises pour ces sous-populations. Toutefois, des estimations additionnelles dont la bonne précision n'est pas assurée par le plan de sondage, et donc portant sur des sous-populations comprenant probablement peu de répondants, peuvent être désirées. Les estimateurs pour les petites régions (*small area estimators*) ont été développés pour répondre à ce besoin.

La méthode des estimateurs pour de petites régions...

- ... permet des estimations pour de petits territoires ou sous-groupes de population;
- ... est une méthode complexe reposant sur des hypothèses et des variables auxiliaires liées à la caractéristique étudiée;
- ... constitue une solution acceptable en l'absence d'une taille d'échantillon suffisante;
- ... est utilisée pour la planification régionale et l'allocation des ressources.

Les estimateurs pour de petites régions sont habituellement nommés indirects, synthétiques ou non traditionnels. Ils dépendent, en général, d'un modèle qui intègre des variables auxiliaires provenant de sources externes à l'enquête comme le recensement ou des données administratives. La présence de variables auxiliaires liées à la caractéristique étudiée et l'adéquation du modèle vont permettre de produire des estimations plus précises que les estimateurs directs³⁵ pour un nombre équivalent de répondants. Cependant, les estimateurs pour de petites régions, contrairement aux estimateurs directs, reposent sur les hypothèses d'un modèle et seront biaisés si celles-ci s'avèrent fausses.

En général, les estimateurs pour de petites régions sont une combinaison linéaire de l'estimateur direct et de l'estimateur synthétique. Le poids de chacun des deux estimateurs dans la combinaison linéaire est alors inversement proportionnel à leur variance. Par exemple, si l'estimateur synthétique, obtenu à partir du modèle, a une variance moins élevée que l'estimateur direct, l'estimateur combiné sera plus près de l'estimateur synthétique que de l'estimateur direct.

Les méthodes d'estimation pour de petites régions ont connu un essor considérable depuis dix ans. Selon Rao (2003), cette plus grande demande proviendrait de leur utilisation pour définir les politiques et les programmes, pour répartir les ressources et pour la planification régionale. Lors du symposium de 1985 de Statistique Canada sur ce sujet, on a pu constater que ces méthodes touchaient principalement le taux de chômage ainsi que l'estimation du sous-dénombrement. Depuis cette méthodologie a été étendue à plusieurs sujets dont la santé.

35. On entend, ici, par estimateur direct celui obtenu en utilisant l'estimation pondérée habituelle.

Tableau 20

Enquêtes permettant une représentativité territoriale infra-nationale, 1995-2005

Enquête	Transversale ou longitudinale	Pays ou territoire	Représentativité
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Transversale	Canada	136 régions
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être	Transversale	Canada	Par province
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Nutrition			
Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier			
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada			
Enquête sur le tabagisme chez les jeunes			
Enquête sur la participation et les limitations d'activités			
Enquête sur l'accès aux services de santé	Transversale	Canada	Par province
Enquête sociale générale			
Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation			
Enquête longitudinale nationale sur les enfants (ELNEJ)	Longitudinale	Canada	Par province
Enquête sur le tabagisme au Canada			
Canadian Study of Health and Aging	Longitudinale	Canada	Provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, provinces des Prairies et Colombie-Britannique
Enquête régionale sur la santé des Premières nations	Longitudinale	Canada	Infrarégionale et régionale
Enquête sociale et de santé 1998 (ESS)			
Enquête québécoise sur les limitations d'activités			
Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque	Transversale	Québec	16 régions socio-sanitaires
Enquête sur le port du casque de sécurité	Transversale	Québec	13 régions
Ontario Health Survey (OHS)	Transversale	Ontario	23 régions ou groupes de régions
Ontario Student Drug Use Survey	Transversale	Ontario	4 régions et 7 régions socio-sanitaires
Ontario Nutrition and Cancer prevention Survey	Transversale	Ontario	8 régions
Ontario Hospital Report: Acute Care	Transversale	Ontario	Par hôpital
Alberta Youth Experience Survey	Transversale	Alberta	5 grandes régions
Alberta Survey on Physical Activity	Transversale	Alberta	3 régions
Alberta Health Survey	Transversale	Alberta	9 régions socio-sanitaires
Adolescent Health Survey III (AHS-III)	Transversale	Colombie-Britannique	16 régions socio-sanitaires
British Columbia Nutrition Survey	Transversale	Colombie-Britannique	3 régions
National Health Interview Survey (NHIS)	Transversale	États-Unis	4 régions de recensement, rural, urbain, certaines régions métropolitaines
Behavioral Risk Factors Surveillance System (BRFSS)	Transversale	États-Unis	États, 98 régions micro ou métropolitaines
State and Local Area Integrated Telephone Survey (SLAITS)	Transversale	États-Unis	États, 28 régions métropolitaines
National Asthma Survey			
National Immunization Survey	Transversale	États-Unis	États, 78 zones de l'Immunization Action Plan
National Survey on Drug Use and Health	Transversale	États-Unis	8 états
School Health Profiles	Transversale	États-Unis	44 états et 13 villes
National Survey of Children's Health 2003 (NSCH)	Transversale	États-Unis	50 états et district de Columbia
National Hospital Ambulatory Medical Care Survey	Transversale	États-Unis	Régions, départements et types de propriété de services
National Survey of Ambulatory Surgery			
National Hospital Discharge Survey	Transversale	États-Unis	4 régions de recensement
Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)			
National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)			
National Longitudinal Study of Adolescent Health			
Early Childhood Longitudinal Study (ECLS)	Longitudinale	États-Unis	4 régions de recensement
The Health and Retirement Study (HRS)			
Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)			

.../suite du tableau à la page suivante

Tableau 20

Enquêtes permettant une représentativité territoriale infra-nationale, 1995-2005

Enquête	Transversale ou longitudinale	Pays ou territoire	Représentativité
Nurse's Health Study	Longitudinale	États-Unis	11 états
Nurse's Health Study II	Longitudinale	États-Unis	14 états
Enquête sur la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en France	Transversale	France	23 régions
Baromètre Santé 2000	Transversale	France	5 régions
Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux	Transversale	France	5 régions
Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques	Transversale	France	Régionale
La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social	Transversale	France	Régionale
Enquête permanente sur la prescription médicale	Transversale	France	Régionale
Enquête sur la santé et les consommateurs de drogues lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD)	Transversale	France	Régionale
Enquête santé, travail et vieillissement	Longitudinale	France	7 régions
Adult Dental Health Survey	Transversale	Royaume-Uni	3 régions en Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord
British Household Panel Survey	Longitudinale	Royaume-Uni	Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord
Infant Feeding 2000	Longitudinale	Royaume-Uni	Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord
Millenium Cohort Study	Longitudinale	Royaume-Uni	Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord
General Household Survey (GHS)	Transversale	Grande-Bretagne	9 régions en Angleterre, Écosse et Pays de Galles
National Diet and Nutrition Survey	Transversale	Grande-Bretagne	4 régions en Angleterre, Écosse et Pays de Galles
Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain	Transversale	Grande-Bretagne	8 régions en Angleterre, Écosse et Pays de Galles
Better or worse	Longitudinale	Grande-Bretagne	Angleterre, Écosse et Pays de Galles
National Survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain	Longitudinale	Grande-Bretagne	Angleterre, Écosse et Pays de Galles
National Child Development Study	Longitudinale	Grande-Bretagne	Angleterre, Écosse et Pays de Galles
1970 British Cohort Study	Longitudinale	Grande-Bretagne	Angleterre, Écosse et Pays de Galles
Health Survey for England (HSE)	Transversale	Angleterre	9 régions
Scottish Health Survey	Transversale	Écosse	9 régions
Welsh Health Survey	Transversale	Pays de Galles	22 régions
General practice survey	Transversale	Angleterre	Par région sanitaire ou par <i>primary care organizations</i>
Personal Social Services : user experience survey 2001-2002	Transversale	Angleterre	Par <i>council</i>
Personal Social Services : Survey of home care users in England aged 65 or over: 2002-03	Transversale	Angleterre	Par <i>council</i>
Personal Social Services : Survey of physically disabled and sensory impaired users in England 18-64: 2003-04	Transversale	Angleterre	Par <i>council</i>
Acute Inpatient Survey	Transversale	Angleterre	Par NHS Trust
National Cancer Survey	Transversale	Angleterre et Pays de Galles	Par NHS Trust
NHS staff Survey	Transversale	Angleterre et Pays de Galles	Par NHS Trust
National Health Survey (NHS-G)	Transversale	Australie	8 états, capitale de chaque état et quelques régions
Survey of Disability, Ageing and Carers	Transversale	Australie	8 états
National Survey of Mental Health and Wellbeing	Transversale	Australie	8 états
The Australian Longitudinal Study on Women's Health	Longitudinale	Australie	Rural et urbain
Non practising Nurses and Midwives	Transversale	Nouvelle-Zélande	15 régions sanitaires

Aux États-Unis, par exemple, on peut mentionner différentes enquêtes de santé pour lesquelles on ne prévoyait pas produire d'estimations par état, lesquelles ont été produites à partir de ce type de méthodologie:

- NHIS avec l'estimation de l'incapacité et d'autres caractéristiques de santé;
- NHANES III avec l'estimation de la prévalence de l'obésité;
- National Household Surveys on Drug Abuse avec l'estimation de prévalence par état et groupe d'âge de différents taux reliés à l'utilisation de drogue.

Ensuite, l'Australie et la France ont employé cette méthodologie pour produire des statistiques locales sur les handicaps à partir de leur enquête nationale. Finalement, Statistique Canada a produit des estimations par groupe d'âge et de sexe pour chacune des cinq régions de l'Île du Prince-Édouard à partir d'un estimateur pour petite région dans le cadre du volet 1.1 de l'ESCC.

À titre d'exemple, nous décrivons la méthode employée en France pour obtenir des statistiques locales avec l'enquête HID. Cette enquête a été réalisée auprès de 16 945 individus tirés des 360 000 ayant répondu à la pré-enquête VQS (Vie quotidienne et santé) associée au recensement. On visait à obtenir des estimations de prévalence des handicaps de population pour 8 régions et 91 départements. Comme l'estimateur direct de l'échantillon de l'enquête HID ne permettait pas d'obtenir des estimations précises, un estimateur synthétique a été utilisé. L'hypothèse de base de l'estimateur utilisé suppose que le comportement moyen dans un département à l'intérieur d'un sous-groupe est identique au comportement moyen national pour ce même sous-groupe. Les sous-groupes, définis indépendamment des prévalences estimées, sont formés à partir des variables sexe, groupe d'âge, tranche d'unité urbaine et groupe VQS (cette enquête a permis de diviser la population locale en six groupes liés à des variables sur le handicap). En d'autres termes, le modèle est identique indépendamment de la variable étudiée. Par la suite, pour chaque localité, l'échantillon national a été pondéré pour représenter la répartition de leur population selon les sous-groupes. Les localités pouvaient par la suite obtenir des estimations locales avec cette pondération.

En résumé, l'utilisation des méthodes d'estimation pour de petites régions est en progression constante ainsi que l'étendue des sujets couverts et le nombre de pays qui s'en servent. Par contre, leur application ne constitue pas une tâche simple étant donné que chaque estimation nécessite de la modélisation, soit de trouver le meilleur modèle prédisant une certaine caractéristique, et la présence de données auxiliaires connues pour les petites régions ou pour les sous-groupes de population d'intérêt. De plus, ce type d'estimation ne représente pas une alternative à la collecte de données, mais plutôt, une solution acceptable lorsqu'une enquête ne permet pas l'obtention d'un nombre suffisant de répondants dans certaines sous-populations en raison, par exemple, de restrictions budgétaires ou d'un plan de sondage non planifié à cette fin.

7.2.7 Modes de collecte

La majorité des enquêtes recensées, transversales ou longitudinales, sont réalisées par l'entremise d'une collecte en face-à-face bien que ce mode de collecte soit le plus onéreux. En effet, les coûts des déplacements du personnel

d'enquête (intervieweurs, infirmiers, etc.), habituellement à domicile ou dans les établissements de soins de santé, sont élevés, en particulier lorsque le territoire couvert par l'enquête est vaste et que cette enquête vise une représentativité territoriale élaborée. Cependant, un plan d'échantillonnage adéquat peut permettre de minimiser ces déplacements en regroupant l'échantillon en petites grappes géographiques. La collecte en face-à-face présente de nombreux avantages en plus de procurer des taux de réponse généralement supérieurs. Cela permet, entre autres, l'emploi d'outils de collecte plus complexes et variés ainsi que la prise de mesures physiques.

Les seules enquêtes générales transversales en mode téléphonique sont les deux programmes régionaux américains (SLAITS, BRFSS) et l'enquête Baromètre Santé en France; au Canada, l'ESCC et l'enquête ontarienne (tirée de l'ENSP) sont faites principalement au téléphone. Les autres enquêtes générales sont réalisées en face-à-face. Il faut mentionner que la création assez récente de la SLAITS aux États-Unis pourrait favoriser l'essor de la collecte téléphonique puisque cette enquête générera de nombreuses enquêtes à portée régionale.

Parmi les enquêtes générales transversales (nationales ou internationales) auprès de sous-groupes de population, deux enquêtes seulement ne sont pas effectuées entièrement ou principalement en face-à-face. Il s'agit de la SLAITS sur les 0-17 ans et de l'enquête Baromètre Santé 12-19 ans qui sont des enquêtes téléphoniques. Le mode postal est présent comme instrument d'appoint dans certaines enquêtes (ex. ESSEA au Québec).

La majorité des enquêtes longitudinales semble également privilégier la collecte en face-à-face du moins lors du premier contact. Par contre, certaines enquêtes passent à un mode moins onéreux (téléphonique ou postal) pour les vagues suivantes de collecte. Par exemple, l'ENSP (volet ménages), l'ESJO et le Second Longitudinal Study of Aging adoptent le mode téléphonique dès la seconde vague alors que d'autres enquêtes, telles que le HRS, alternent entre la collecte en face-à-face et téléphonique. Parmi les panels de ménages, seul le panel américain est maintenant suivi principalement au téléphone (98 % en 1999); les autres conservant la collecte à domicile. Deux enquêtes longitudinales sont entièrement téléphoniques, mais celles-ci sont courtes et moins complexes. Il s'agit de l'enquête sur le tabagisme au Canada et de l'enquête australienne Negotiating the Life Course, auprès de populations générales.

D'autres enquêtes uniquement postales ou téléphoniques ont été repérées, soit principalement des enquêtes transversales (tableau 21). Les enquêtes postales sont nombreuses au Royaume-Uni et parmi les enquêtes auprès des professionnels de la santé (personnel infirmier et médecins), alors que les enquêtes téléphoniques sont surtout présentes au Canada et aux États-Unis. Notons que le niveau de complexité des enquêtes postales est restreint étant donné l'absence d'aide immédiate pour les répondants. Quant aux entrevues téléphoniques, elles doivent être de durée raisonnable. Les modes postal et téléphonique sont parfois combinés à la collecte en face-à-face qui demeure toutefois le mode principal. Par exemple, dans les enquêtes auprès des jeunes, la collecte postale auprès des intervenants dans le milieu scolaire (exemple : enseignants, administration, etc.) et dans le milieu de garde semble être une pratique courante.

Au moins deux enquêtes, soient les enquêtes longitudinales Millennium Cohort Study (États-Unis) et Growing up in Australia, proposent aux participants une alternative électronique à la collecte postale.

Tableau 21

Enquêtes postales ou téléphoniques répertoriées, 1995-2005

Enquête	Transversale ou longitudinale	Pays ou territoire	Mode de collecte
Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale			
Sondage national auprès des médecins			
Enquête sur les Campus canadiens	Transversale	Canada	Téléphone
Enquête sur les avortements thérapeutiques			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Transversale	Canada	Face-à-face / Téléphone
Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier			
Sondage indicateur de l'activité physique			
Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone			
Enquête sur les toxicomanies au Canada			
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada			
Enquête sur la participation et les limitations d'activités	Transversale	Canada	Téléphone
Enquête sur l'accès aux services de santé			
Enquête sur l'exposition au soleil			
Enquête sociale générale			
Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation			
Tracking Nutrition Trends Survey			
Enquête sur le tabagisme au Canada	Longitudinale	Canada	Téléphone
L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois : enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires			
Profil des médecins du réseau public en santé au travail			
Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux	Transversale	Québec	Poste
Enquête provinciale sur l'herbe à poux : l'implication du milieu municipal en 2003			
Job strain and evolution of mental health among nurses	Longitudinale	Québec	Poste
La violence familiale dans la vie des enfants du Québec			
La violence envers les conjointes dans les couples québécois	Transversale	Québec	Téléphone
Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé			
Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque			
Sondage sur la satisfaction des clientèles des hôpitaux et les clientèles des CLSC			
Ontario Hospital Report : Acute Care	Transversale	Ontario	Poste
Ontario Health Survey (OHS)			
CAMH Monitor	Transversale	Ontario	Téléphone
Ontario Nutrition and Cancer Prevention Survey			
Alberta Survey on Physical Activity			
Alberta Health Survey	Transversale	Alberta	Téléphone
School Health Policies and Programs Study			
National College Health Risk Behaviour Survey	Transversale	États-Unis	Poste
Veterans Health Survey			
National Surveys of Veterans Affairs Ambulatory Care Patients			
Millenium Cohort Study	Longitudinale	États-Unis	Poste
State and Local Area Integrated Telephone Survey (SLAITS)			
Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)	Transversale	États-Unis	Téléphone
National Survey of Children's Health 2003 (NSCH)			

.../suite du tableau à la page suivante

Tableau 21

Enquêtes postales ou téléphoniques répertoriées, 1995-2005

Enquête	Transversale ou longitudinale	Pays ou territoire	Mode de collecte
National Adult Immunization Survey			
National Asthma Survey			
National Teen Immunization Survey			
National Survey of Children with Special Health Care Needs	Transversale	États-Unis	Téléphone
National Survey of Early Childhood Health			
Assesing the attitudes, knowledge, and awareness of HIV vaccine research among adults in the United States			
Échantillon national témoin représentative des personnes diabétiques			
Enquête permanente sur la prescription médicale	Transversale	France	Poste
Enquête épidémiologique sur l'obésité et le surpoids en France			
National survey of the mental health of young people looked after by local authorities in England			
Acute Inpatient Survey			
Coronary hearth disease survey			
National cancer survey			
General practice Survey	Transversale	Royaume-Uni	Poste
Personal Social Services user experience Survey			
Personal Social Services: Survey of home care users in England aged 65 or over			
Personal Social Services: Survey of physically disabled and sensory impaired user in England aged 18-64			
2000 Infant feeding Survey	Longitudinale	Royaume-Uni	Poste
Australian Longitudinal Study on Women's Health	Longitudinale	Australie	Poste
Negotiating the Life Course	Longitudinale	Australie	Téléphone
Non-practising Nurses and Midwives	Transversale	Nouvelle-Zélande	Poste
Enquête conjointe Canada / États-Unis sur la santé (ECCES)	Transversale	Internationale	Téléphone
Nurse's early exit study	Longitudinale	Europe	Poste

7.2.8 Outils de collecte : du questionnaire aux mesures physiques

Dans cette section, seuls les outils de collecte employés dans les enquêtes en face-à-face ou dans les enquêtes postales seront abordés. En effet, l'examen des outils utilisés dans les enquêtes téléphoniques présente peu d'intérêt, l'entrevue (interview) assistée par ordinateur (ITAO) étant habituellement la norme. La majorité des enquêtes recensées sont réalisées en face-à-face; cela est plus propice à l'emploi d'outils de collecte variés et multiples pouvant s'adresser non seulement à la personne sélectionnée, mais également à certaines personnes de son entourage. La durée des entrevues semble rarement excéder une heure, une heure trente. Les outils de collecte employés dans les enquêtes longitudinales sont comparables à ceux observés dans les enquêtes transversales. Cependant, ils sont plus nombreux étant donné qu'ils diffèrent généralement d'une vague de collecte à l'autre.

Dans les enquêtes transversales générales auprès de l'ensemble de la population, les données sont recueillies principalement par le biais d'un questionnaire ménage plus ou moins élaboré et de questionnaires individuels (auto-administré ou administré par un intervieweur). Le questionnaire ménage, qui s'adresse à un seul membre du ménage, sert à tout le moins à la sélection des répondants et parfois

aussi à recueillir de l'information sur la santé des membres du ménage dont les enfants. De façon comparable, les panels de ménages emploient majoritairement un questionnaire ménage, des questionnaires individuels pour les adultes, administrés ou non par un intervieweur, et un questionnaire distinct pour les jeunes. Les questionnaires auto-administrés facilitent la déclaration de situations socialement non désirables. Il arrive, comme dans l'enquête générale anglaise (HSE), que les jeunes soient interrogés dès l'âge de 8 ans avec l'accord de leurs parents.

Sur le plan de la construction des questionnaires, il faut mentionner l'utilisation, principalement dans les enquêtes transversales générales, de l'approche modulaire qui permet : 1) de faire la rotation des sujets abordés par une enquête d'année en année (NHIS, BRFSS); 2) les contenus optionnels offerts aux différentes régions (ESCC, BRFSS) ou même 3) l'utilisation d'échantillons séparés³⁶ qui permettent d'augmenter le nombre d'indicateurs estimés par l'enquête sans alourdir le fardeau des répondants (ex. ESCC, BRFSS).

Dans le cadre d'enquêtes longitudinales sur le développement des jeunes, les renseignements sont recueillis généralement à partir de questionnaires pour les parents et d'un questionnaire pour l'enseignant ou pour le milieu de garde. Également, dans ce type d'enquêtes, des tests cognitifs sont souvent administrés à l'enfant. Selon l'âge de l'enfant, ces tests peuvent prendre la forme de jeux (exemple : jeux de mémoire) ou être plus formels tels que des tests de vocabulaire ou de logique.

Les enquêtes auprès des personnes âgées comprennent minimalement un questionnaire pour la personne concernée qui souvent est complété par procuration. Lorsque ces enquêtes ciblent des personnes en établissement de soins de santé, un questionnaire est parfois prévu pour le personnel de l'établissement qui est le mieux renseigné sur la personne sélectionnée. C'est également le cas pour des enquêtes ne ciblant pas nécessairement les personnes âgées. De plus, dans certaines enquêtes portant sur des personnes en établissement, des formulaires sont conçus pour permettre aux intervieweurs ou à un membre du personnel de l'établissement de repérer et d'inscrire des renseignements spécifiques contenus dans les dossiers médicaux des personnes sélectionnées.

Sur le thème de la nutrition, les enquêtes recensées font souvent appel à un formulaire de rappel alimentaire de 24 heures, additionné parfois d'un questionnaire de fréquences alimentaires. D'autres enquêtes fournissent un carnet aux répondants afin que ceux-ci puissent inscrire leur régime alimentaire sur une période de sept jours. Ce type de carnet est également employé dans certaines enquêtes sur les

36. La technique des échantillons séparés (*split-sample*) consiste à administrer certains modules d'un questionnaire à une partie de l'échantillon tandis que l'autre partie de l'échantillon répond à un autre module.

soins de santé et sur les activités physiques, mais cette fois, pour inscrire, respectivement, la consommation de soins de santé et les activités physiques réalisées. Le carnet de vaccination sert également de référence au moment de répondre à un questionnaire. Enfin, le lecteur de codes barres est utilisé pour le relevé de médicaments ou pour les produits alimentaires.

Dans plusieurs enquêtes portant sur la santé mentale, les entrevues effectuées par un intervieweur sont complétées par une entrevue en profondeur avec un psychologue ou psychiatre qui porte un jugement clinique sur l'état de santé mentale du répondant. Ce type d'expertise est habituellement nécessaire lorsqu'un diagnostic précis est souhaité. Le recours à l'examen dentaire par un spécialiste, pratique qui semble habituelle dans les enquêtes sur la santé buccodentaire (dont trois ont été réalisées au Québec) constitue un autre exemple d'utilisation d'une expertise. Certaines enquêtes incluent un examen clinique fait par des médecins ou des infirmières.

Ce qui retient surtout l'attention, ce sont les enquêtes qui comportent des mesures physiques. En complément d'information aux questionnaires, le recours à de telles mesures est assez répandu comme le montre le tableau 22 qui énumère les enquêtes recensées pour lesquelles ce type de données a été recueilli. Outre les mesures anthropométriques qui sont courantes, on observe certaines enquêtes prélevant des échantillons de sang, d'urine ou de salive. Toutefois, les taux de réponse obtenus lors de la collecte de ces échantillons sont moindres qu'à l'entrevue, et parfois très faibles étant donné le fardeau important pour les répondants.

7.2.9 Collecte de données quantitatives et qualitatives

Quelques enquêtes recensées combinent des données qualitatives et quantitatives. Cette approche est particulièrement appropriée pour comprendre des phénomènes influencés par le contexte social. Dans des milieux particuliers au point de vue culturel ou socio-économique, les catégories prédéterminées de réponse peuvent ne pas être appropriées. Cela s'applique particulièrement à la santé mentale; également, à la perception de la santé ou du système de soins, à l'observance de la médication ou d'autres traitements.

Un exemple en est donné par l'enquête française Logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité où des entretiens de type récit de vie permettent de connaître la trajectoire de vie, l'histoire de santé et du rapport des personnes au système de soins.

L'enquête anglaise sur les maladies mentales au sein des minorités ethniques est un autre exemple éloquent. Étant donné les interprétations interculturelles variables de la santé mentale, pouvant invalider les diagnostics posés envers ces personnes, des entrevues non structurées ont complété les résultats d'un questionnaire standard. Les répondants ont parlé des événements courants de leur vie, de l'origine de la

détresse qu'ils ressentait, de la signification qu'ils donnaient à cette expérience, de l'impact qu'elle avait sur leur vie et des moyens qu'ils utilisaient pour y faire face. Une analyse de contenu a été utilisée pour produire le rapport qualitatif.

Au Québec, pour l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999, des entrevues de nature qualitative ont été réalisées dans le but de préparer les entrevues avec questions fermées. La méthode consistait en entrevues de groupes de 10 à 12 personnes : immigrants de longue date, puis un groupe d'hommes et un groupe de femmes récemment immigrés. La conception de la santé et de la maladie, les diverses façons de traiter les problèmes de santé, la perception des services de santé, la perception des problèmes sociaux ou familiaux et les solutions envisagées étaient abordés. Les résultats ont influencé la façon de contacter le ménage lors de la collecte quantitative et le choix du répondant clé, entre autres choses. Lors du développement du questionnaire de l'Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé, des groupes de discussion ont également servi à vérifier l'interprétation des questions par les répondants des deux pays. Les cycles récents de l'Enquête sociale générale (Canada) incluent des questions qualitatives visant à sonder les perceptions.

Les méthodes qualitatives peuvent servir à compléter et valider les résultats des méthodes quantitatives, à élargir la compréhension d'un phénomène, particulièrement les phénomènes complexes qui ne peuvent être appréhendés par les méthodes quantitatives. Selon certains auteurs, les méthodes qualitatives sont de plus en plus utilisées et acceptées dans la recherche en santé (Mays et Pope, 2000). Des méthodes sont proposées pour intégrer la recherche qualitative dans les revues systématiques concernant un sujet de santé et pour évaluer leur qualité (Thomas et al., 2004 ; Mays et Pope, 2005 ; Dixon-Woods et Fitzpatrick, 2005).

7.2.10 Fichiers administratifs et couplage de données

Les fichiers administratifs, en particulier ceux de l'état, contiennent des renseignements privilégiés sur la population, par exemple les fichiers médicaux qui renferment une multitude d'information historique sur la consommation de soins de santé. Il n'est pas surprenant d'observer l'utilisation fréquente de ces fichiers en complément d'enquête, principalement aux États-Unis, d'autant plus que les coûts liés à leur emploi s'avèrent minimes en comparaison aux coûts que représenterait la cueillette des données contenues dans ces fichiers par l'entremise d'une enquête.

Tableau 22

Enquêtes impliquant des prises de mesures physiques, 1995-2005

Enquête	Transversale ou longitudinale	Pays ou territoire	Tests cliniques et mesures physiques
Enquête canadienne sur les mesures de santé	Transversale	Canada	Prises de sang et de salive, mesures anthropométriques
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Nutrition	Transversale	Canada	Mesures anthropométriques
Canadian Study of Health and Aging	Longitudinale	Canada	Tests de santé (vision, ouïe, etc.), évaluation par un neurologue
Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois	Transversale	Québec	Poids, taille, tension artérielle, plis cutanés, prise de sang
Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois – Volet nutrition	Transversale	Québec	Poids et taille
Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans	Transversale	Québec	Examen dentaire
Étude sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans	Transversale	Québec	Examen dentaire
Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et de 13-14 ans	Transversale	Québec	Examen dentaire
Nutrition Newfoundland and Labrador	Transversale	Terre-Neuve et Labrador	Poids, taille, tour de taille et de hanche
Nova Scotia Health Survey 1995	Transversale	Nouvelle-Écosse	Poids, taille, tour de taille et de hanche, prises de sang
Manitoba Nutrition Survey	Transversale	Manitoba	Poids, taille, tour de taille et de hanche
British Columbia Nutrition Survey	Transversale	Colombie-Britannique	Poids, taille, tour de taille et de hanche
National Health and Nutrition Examination Survey	Transversale	États-Unis	Audiométrie, équilibre, vision, force musculaire, mesures anthropométriques, tension artérielle, santé buccodentaire, examen vaginal, échantillons de sang, d'urine et de cheveux, etc.
National Longitudinal Study of Adolescent Health	Longitudinale	États-Unis	Mesures physiques dont échantillons de sang et d'urine
Nurse's Health Study	Longitudinale	États-Unis	Échantillons de sang et d'ongle d'orteil
Nurse's Health Study II	Longitudinale	États-Unis	Échantillons de sang et d'urine
Enquête sur la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en France	Transversale	France	Examen clinique, mesures anthropométriques, examen visuel et dentaire, test auditif, tests et évaluation du langage
Conscription	Transversale	France	Poids, taille, tension artérielle, tension artérielle, glycémie
La cohorte épidémiologique Gazel	Longitudinale	France	Échantillon de sang, tests cliniques
Enquête santé, travail et vieillissement	Longitudinale	France	Examen clinique
Health Survey for England (HSE)	Transversale	Royaume-Uni	Tension artérielle, tour de taille et de hanche, taille, prises de sang et de salive, échantillon d'urine
Scottish Health Survey	Transversale	Royaume-Uni	Tension artérielle, tour de taille, de hanche et de bras, taille, prises de sang et de salive, fonction pulmonaire
Health Survey for England (HSE) 2002	Transversale	Royaume-Uni	Poids, taille, tension artérielle, tour de taille et de hanche, fonction pulmonaire, prises de sang et de salive
Adult Dental Health Survey	Transversale	Royaume-Uni	Examen dentaire
National Diet and Nutrition Survey	Transversale	Royaume-Uni	Échantillons de sang et d'urine, auto décompte des dents, mesures anthropométriques, tension artérielle, échantillon d'eau à domicile
Low Income Diet and Nutrition Survey	Transversale	Royaume-Uni	Mesures de la santé buccodentaire, échantillon de sang, mesures anthropométriques, tension artérielle
English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)	Longitudinale	Royaume-Uni	Test de mobilité, échantillon de salive
National Nutrition Survey	Transversale	Australie	Mesures physiques non spécifiés
The Australian Longitudinal Study of Ageing	Longitudinale	Australie	Tests cliniques
National Children's Nutrition Survey	Transversale	Nouvelle-Zélande	Mesures anthropométriques, tour de taille, plis cutanés, taille, échantillons de sang et d'urine
New Zealand National Nutrition Survey	Transversale	Nouvelle-Zélande	Mesures anthropométriques, plis cutanés, taille, échantillon de sang

Le tableau 23 présente quelques enquêtes dans lesquelles l'utilisation de données administratives a été observée.³⁷ Outre les fichiers médicaux, on note l'usage des registres des décès dans les enquêtes longitudinales, surtout auprès des personnes âgées, afin d'identifier les causes des décès survenus au cours de l'enquête. D'ailleurs, l'emploi de données administratives semble plus répandu dans les enquêtes longitudinales.

Tableau 23
Exemples d'enquêtes incluant des données administratives, 1995-2005

Enquête	Transversale ou longitudinale	Pays ou territoire	Source des données administratives
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Transversale	Canada	Fichiers de l'assurance maladie
Enquête sociale et de santé 1998 (ESS)	Transversale	Québec	Fichiers de l'assurance maladie
Aging in Manitoba	Longitudinale	Manitoba	Registre des décès, fichiers de Manitoba Health
National Health care survey (programme): National Hospital Discharge Survey National Ambulatory Medical Care Survey National Hospital Ambulatory Medical Care Survey National Home and Hospice Care Survey National Nursing Home Survey National Survey of Ambulatory Surgery	Transversale	États-Unis	Fichiers administratifs des hôpitaux
The Health and Retirement Study (HRS)	Longitudinale	États-Unis	Employer Pension Study, National Death Index, Social Security administrative files
Millenium Cohort Study	Longitudinale	États-Unis	Dossiers médicaux
Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)	Longitudinale	États-Unis	Employer Pension Study, National Death Index, Social Security administrative files
Longitudinal Study of Aging (LSOA II)	Longitudinale	États-Unis	National Death Index Match, Multiple Cause of Death Records
Gambling Impact and Behavior Study	Transversale	États-Unis	Fichier d'indices géographiques de criminalité, de défavorisation, etc.
Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)	Transversale	France	Fichiers administratifs de prestations
Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux	Transversale	France	Fichier SNIIRAM de l'assurance maladie
La cohorte épidémiologique Gazel	Longitudinale	France	Fichiers d'absentéisme, de consommation de soins et registre des cancers
Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques	Transversale	France	Fichier de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
Australian Longitudinal Study of Ageing (ALSA)	Longitudinale	Australie	Domiciliary Care and Rehabilitation Services, Meals on Wheels, and The Royal District Nursing Society

Un des obstacles à l'emploi plus courant des données administratives dans certains pays pourrait être la difficulté d'accès à celles-ci, fortement protégées par souci de confidentialité. Il s'avère que l'accès à ces données est souvent conditionnel à l'accord des personnes concernées. En plus, le jumelage (couplage) d'un fichier de données d'enquête et d'un fichier administratif, lorsque autorisé, nécessite la présence d'une clé unique ou d'un nombre suffisant de variables identificatrices (par exemple, le nom, l'adresse, la date de naissance, etc.) dans chacun des deux fichiers. D'ailleurs, pour être présents dans le fichier d'enquête, ces renseignements doivent provenir de la base de sondage, sinon ils doivent être obtenus auprès des répondants. Il est probable que plusieurs pays adapteront leurs mécanismes d'accès et harmoniseront la structure de leurs fichiers administratifs afin de maximiser l'utilisation de ces fichiers à des fins de recherche. Le couplage de données d'enquêtes avec des

37. Il se peut que d'autres enquêtes recensées aient eu recours à de telles données, mais que cette pratique n'ait pas été répertoriée.

données administratives, à la condition de valider ces dernières et de ne les utiliser que pour certains indicateurs, permettrait d'ajouter de nombreux indicateurs pour la surveillance de la santé de la population (Choi, 2000).

7.2.11 Programmes et séries d'enquêtes

Les programmes ou séries d'enquêtes méritent quelques observations. Ils réunissent des enquêtes autour d'objectifs communs, à tout le moins, sinon autour de méthodes communes, ou constituent une stratégie pour réaliser des enquêtes répétées. Voici quelques exemples.

Aux États-Unis, la National Health Care Survey est présentée comme une « famille d'enquêtes ». Elle regroupe actuellement six enquêtes. La plus ancienne de la série décrit les soins hospitaliers depuis 1965. Deux enquêtes plus spécifiques ont débuté en 1973, sur les soins médicaux ambulatoires et sur les résidences avec soins de santé. Puis entre 1992 et 1994, trois enquêtes se sont ajoutées : soins ambulatoires hospitaliers, soins de chirurgie ambulatoire et celle sur les résidences ou hospices. On peut supposer que les enquêtes subséquentes ont profité de l'organisation déjà mise en place. Ces enquêtes répétées annuellement ou aux deux ans utilisent des stratégies de collecte semblables.

Au Royaume-Uni, la National Survey of NHS Patients est une série d'enquêtes sur la qualité des soins. Utilisant le même questionnaire, ces enquêtes visent tour à tour les patients des omnipraticiens, ceux des hôpitaux de soins de courte durée, les patients ayant certains types de cancer et ceux avec une maladie cardiovasculaire. À compter de 2003, cette série menée auparavant par le ministère de la Santé a été remise entre les mains d'un organisme indépendant, la Commission des soins de santé, qui a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins. La nouvelle série (non recensée) a probablement été l'objet de divers changements; elle comprend l'enquête auprès des patients avec infarctus, celle auprès des patients avec maladie cardiovasculaire, des patients des urgences et cliniques externes, ceux des soins de santé primaires, puis des usagers des services de santé mentale. Un autre exemple intéressant de série d'enquêtes dans ce pays est l'enquête nationale sur l'alimentation et la nutrition qui est faite en douze ans, quatre groupes d'âge étant enquêtés à trois ans d'intervalle.

Les enquêtes générales transversales servent aussi de véhicules à des enquêtes spécifiques auprès de populations spécifiques ou sur des thèmes particuliers (ex. : ESCC au Canada, ESS au Québec, NHIS aux États-Unis, HSE en Angleterre). Mentionnons que l'échantillon de la NHIS est divisé dans ce but en quatre panels (sous-échantillons) qui peuvent être utilisés pour d'autres enquêtes sans chevauchement des échantillons. Jusqu'en 1994, l'échantillon était réutilisé pour des études sur des populations, comme l'avait fait l'ESS 1998 au Québec. Cela permet entre autres de cibler des populations présentant des caractéristiques plus rares (ex. les personnes ayant une incapacité) diminuant ainsi les coûts des enquêtes.

En France, on retient l'exemple de Baromètre santé mis en place en 1992. Ce dispositif réunit des enquêtes qui, répétées régulièrement, devraient permettre de définir les objectifs des programmes nationaux de prévention et d'éducation pour la santé. La principale vise la population de 12-75 ans, abordant une douzaine de thèmes en rotation. Une autre s'est concentrée sur le sujet de la nutrition chez la population de cet âge. Deux autres visent les médecins, sur leur pratique en matière de prévention et les pharmaciens d'officine, sur leur pratique en général.

Parmi les stratégies utilisées pour réaliser des enquêtes thématiques, l'enquête omnibus du Système national de santé (NHS Omnibus Survey) mise sur pied par le ministère de la Santé du Royaume-Uni vise à recueillir divers types de données et à les présenter de façon unifiée et accessible aux diverses instances du système national de santé. Elle permet de réaliser des collectes de données régulières ou *ad hoc*, avec une flexibilité quant à la fréquence de collecte ou au type de données recueillies (texte, nombre, choix multiples). De plus, leur accessibilité est directe sur Internet, via un mot de passe, pour les utilisateurs du Système national de santé. Les exemples recensés concernent la consommation du tabac et d'alcool, l'exposition au soleil, la contraception et les comportements sexuels, enquêtes ponctuelles ou répétées, utilisant des échantillons mensuels ou répartis sur plusieurs mois au cours de l'année.

On retient aussi, aux États-Unis, la SLAITS comme moteur d'enquêtes téléphoniques au niveau régional qui se veut un outil souple. Le lien avec l'enquête nationale faite en face-à-face (NHIS) permet de corriger pour la sous-couverture et pourrait entraîner des développements futurs. Ce type d'enquêtes permet de faire du dépistage de problèmes en émergence et de rejoindre des sous-populations présentant des caractéristiques moins fréquentes (ex. certains problèmes de santé). Le BFRSS offre aussi un exemple de bonne collaboration entre les états et le CDC et permet une certaine flexibilité pour les contenus d'intérêt régional. Les pays du Royaume-Uni se sont dotés aussi de ce qui semble être un programme cohérent d'enquêtes ayant une méthodologie commune et rigoureuse, grâce probablement à la centralisation de celles-ci autour du NCSR. Finalement, soulignons le rôle intégrateur du Système statistique européen (sous l'égide d'Eurostat) dans la planification de programmes communs d'enquêtes à effectuer à l'échelle européenne, et permettant la comparabilité des résultats (à ce sujet, voir l'annexe B.4).

Ces exemples illustrent divers avantages liés à une approche planifiée dans le cadre d'un programme ou d'une série d'enquêtes :

- Cohérence des méthodes et comparabilité dans le temps et entre les enquêtes d'une même famille;
- Économie d'échelle (échantillons communs, organisation, etc.);
- Facilité de recruter des échantillons pour des populations plus difficiles à rejoindre;
- Cohérence avec les objectifs nationaux de santé;
- Approche unifiée et cohérente de la diffusion de l'information aux utilisateurs du système de santé;
- Cohérence des données nationales et régionales (et entre les pays, pour l'Union Européenne).

7.2.12 Données transversales à partir d'enquêtes longitudinales

Les enquêtes longitudinales sont conçues, en premier lieu, pour les fins d'analyses longitudinales. Toutefois, elles peuvent parfois, au même titre qu'une enquête transversale récurrente, permettre des analyses transversales tout au long de la durée de l'enquête. En fait, pour toutes les enquêtes longitudinales, les données de la première vague de collecte permettent l'inférence transversale. Pour les vagues subséquentes, cela reste possible en pratique tout aussi longtemps que la population de départ s'apparente à la population actuelle du territoire visé. Dans quelques enquêtes longitudinales, on s'assure de pouvoir réaliser des analyses transversales par l'ajout d'échantillons transversaux (ex. : ENSP) ou par le chevauchement de plusieurs cohortes (ex. : ELNEJ).

À propos des panels de ménages, l'inférence transversale est en quelque sorte conservée par le renouvellement constant de l'échantillon. En effet, la formation de nouveaux ménages par les membres des ménages de l'échantillon initial (divorce, adulte quittant la maison familiale, etc.) assure une certaine représentativité transversale. Toutefois, le panel américain est renouvelé davantage en introduisant des ménages récemment immigrés.

7.2.13 Et la comparabilité internationale?

D'un pays à l'autre, on se soucie de développer des enquêtes permettant des comparaisons internationales de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Au Québec et au Canada, s'ajoutent des objectifs de comparaison interprovinciale. Les rapports comparatifs fédéral et provinciaux sur la santé de la population et la performance du système de santé en sont un exemple probant (Santé Canada, 2002 ; MSSS, 2002). Parmi les 67 indicateurs retenus dans l'entente entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, plusieurs sont issus d'enquêtes, soit de l'Enquête nationale sur la santé de la population (volet transversal), l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone ou l'Enquête sur l'accès aux services de santé.

Parmi les enquêtes faites au Canada, l'Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé fournit un modèle pour de futures comparaisons internationales (Mathieu et Lavigne, 2005). Elle réunit un ensemble d'indicateurs hautement comparables sur les problèmes de santé, l'état fonctionnel, les déterminants de la santé et l'utilisation des services de santé découlant à la fois de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de la National Health Interview Survey.

Voici d'autres exemples dans les enquêtes canadiennes où les thèmes traités se prêtent à des mesures comparables entre les pays. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être, on utilise le questionnaire composite international pour le diagnostic (CIDI), créé à partir de la liste des troubles mentaux proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001). Par ailleurs, les enquêtes canadiennes sur le tabagisme chez les jeunes et les adultes incluent des questions permettant la comparaison avec

les États-Unis. L'enquête Ontario Hospital Report : Acute care démontre un souci de comparabilité internationale pour ce qui est de la satisfaction des patients.

En France, l'Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux de 2003 (enquête décennale Santé) inclut plusieurs indicateurs comparables avec les pays de l'Union européenne concernant la santé perçue, la morbidité déclarée et le recours aux soins (Lanoë et Makdessi-Raynaud, 2005). Barnay et autres (2005a, 2005b) ont évalué la comparabilité de 25 enquêtes dans 10 pays européens; parmi les indicateurs de santé, la santé perçue, certaines maladies déclarées, les mesures anthropométriques, certaines restrictions des activités quotidiennes et la consommation quotidienne de tabac se sont révélés comparables. Ce projet constituait une étape dans un projet de développement de mesures du vieillissement en santé et de l'engagement productif, comparables à travers l'Europe, les États-Unis et le Canada.

Dans le contexte de l'Union européenne, des efforts d'harmonisation des enquêtes existantes sont en cours (Commission européenne, 2005; Kramers, 2003). Une première série d'enquêtes, la European Core Health Interview Survey (ECHIS), pourrait être mise en œuvre à compter de 2007. Elle comprend une enquête annuelle, le Mini European Health Module, et d'autres moins fréquentes portant respectivement sur l'état de santé, les déterminants de la santé, les soins de santé et les variables liées au contexte. En complément, une deuxième série d'enquêtes spéciales aborde divers thèmes, en particulier les capacités fonctionnelles, la santé mentale, la qualité de vie et l'usage de drogues. Le lecteur intéressé peut consulter l'annexe B.4 et s'informer du système européen d'enquêtes de santé (EHSS) sur le site Web d'Eurostat.

8. Potentiel de transfert pour le Québec

L'un des objectifs de cette recension critique était d'explorer le potentiel de transfert au Québec de mesures, de méthodes et de stratégies des divers types et thèmes d'enquêtes. Dans le contexte de l'élaboration du plan ministériel de développement des enquêtes qui a conduit à la préparation de cette recension, quels enseignements tirer de l'examen des 203 enquêtes décrites? Quelles sont les enquêtes qui devraient être faites au Québec? Quelles méthodes et stratégies peuvent être utilisées? Quelles sont les tendances observées ailleurs dans le monde et les expériences novatrices qui pourraient être reprises au Québec? Cette section tentera d'apporter quelques réponses à ces questions. Elle mettra également en lumière les réflexions

8.1 Conditions propres au Québec

Cette recension des enquêtes réalisées au cours des 10 dernières années permet de mieux situer le Québec comparativement aux autres territoires examinés. Une première constatation s'impose : c'est que toute comparaison et tentative de transfert doit se faire à la lumière des conditions propres au Québec.

Est-il besoin de rappeler que le Québec est une province et que nous avons examiné les enquêtes produites dans des pays d'étendue et de taille de population très diverses? Tout de même, la comparaison demeure pertinente. Le Québec réalise des enquêtes non seulement parce qu'il regroupe le quart de la population canadienne, mais aussi en raison de sa particularité nationale. Le Royaume-Uni, un pays subdivisé en plusieurs territoires ayant des niveaux variables d'indépendance par rapport à l'État central, a quelque analogie avec le Canada et peut être un exemple intéressant à ce titre pour le Québec : plusieurs des enquêtes y sont réalisées au niveau de ces territoires.

Le fait que le Québec ait développé une expertise en matière d'enquêtes populationnelles de santé n'est pas un hasard. Le Québec est la seule province canadienne ayant un institut de statistique provincial (d'autres provinces ont un bureau de la statistique). De plus, la création de Santé Québec au milieu des années 80 (organisation intégrée à l'Institut de la statistique du Québec en 1999) est le résultat d'une volonté explicite des instances de santé provinciales et régionales de se doter d'enquêtes permettant de disposer d'indicateurs comparables, entre les régions, sur l'état de santé et ses déterminants, ainsi que pour l'ensemble du Québec. Il s'agit donc d'une démarche concertée qui a permis de concentrer les ressources dans un organisme central, Santé Québec. Ceci a sans doute favorisé la réalisation d'enquêtes de plus grande envergure, une meilleure visibilité et une plus grande utilité, que si celles-ci avaient été faites à l'échelle régionale.

Cette volonté explicite des instances de santé au Québec de s'appuyer sur les données d'enquêtes dans la prise de décision s'est maintenue avec le temps et a été confirmée dans la Loi sur la santé publique, qui réserve une place importante aux enquêtes pour la surveillance de l'état de santé de la population québécoise. Volonté qui s'est concrétisée dans le Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (PCS) lequel repose sur de nombreux indicateurs pour lesquels les enquêtes sont la meilleure source d'information.

Volonté qui se concrétise également dans l'élaboration, en cours, de plans d'enquêtes sur l'organisation des soins de santé et de plans nationaux de surveillance thématique et générale. Le nombre relativement élevé d'enquêtes réalisées au Québec, comparativement aux autres provinces canadiennes, n'est donc pas le fruit du hasard et devrait se poursuivre parce que les données d'enquêtes jouent un rôle important dans la prise de décision dans le réseau de la santé québécois.

Par ailleurs, le Canada et ses provinces ont des responsabilités partagées, tant au niveau politique que financier, en ce qui concerne la santé publique et le système de soins de santé. Le gouvernement canadien autant que ceux des provinces ont donc intérêt à suivre l'état de santé de la population et ses déterminants en fonction de leurs orientations, de leurs objectifs et de leurs responsabilités propres. Le même raisonnement s'applique aussi au niveau infra-provincial au Québec, dans la mesure où certaines responsabilités et l'organisation des services relèvent d'autorités régionales ou même locales. D'où la nécessité de disposer de données au niveau provincial et régional.

La décentralisation des instances responsables de la santé varie selon les pays ou territoires. Elle rend plus pressant le besoin de données régionales. Est-ce davantage le cas au Québec que dans d'autres pays? Il semble qu'en France, par exemple, la régionalisation du système de santé est relativement récente (Polton, 2002). Le niveau plus fin de représentativité territoriale observé dans les enquêtes au Canada et au Québec pourrait refléter un plus grand besoin de telles données. Il est aussi possible qu'il reflète simplement la facilité de leur repérage, dans le cadre de cette recension.

Un autre aspect à considérer est la diversité des sources d'information. Au Québec, comme dans les autres provinces, plusieurs ministères et organismes produisent de l'information statistique dans le domaine de la santé. Pour cet aspect, la France apparaît comme un cas particulier, la production des enquêtes étant très décentralisée. Ailleurs, au Royaume-Uni ou aux États-Unis, environ la moitié des enquêtes de santé sont réalisées par un ou deux organismes; c'est le cas aussi au Canada et au Québec où on peut considérer que la production des enquêtes sociales et de santé est relativement centralisée. Selon Courchesne (2004), une approche décentralisée présente à la fois des avantages et des inconvénients. Parmi les inconvénients, figurent le risque d'une absence d'intégration et de coordination, la difficulté d'assurer la pérennité de l'information et de mettre en commun des ressources pour élaborer des outils comme les enquêtes longitudinales. Une plus grande flexibilité, la pertinence de l'information, la proximité de la clientèle et la visibilité de chacune des organisations figurent parmi les avantages. Par ailleurs, la place importante du domaine de la santé dans des organismes centraux, comme Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec, est un avantage que le Québec partage avec des pays comme l'Australie, le Royaume-Uni ou les États-Unis.

Au Québec, s'ajoute la difficulté de coordination et de complémentarité avec Statistique Canada. Ainsi, il peut arriver que Statistique Canada et l'institut québécois planifient des enquêtes sur des thèmes semblables et auprès des mêmes populations. Cela s'est produit, par exemple, lorsque Statistique Canada a pris le relais de Santé Québec dans la réalisation, en 2000-2001, d'une enquête générale à représentativité régionale (16 régions sociosanitaires au Québec) auprès de l'ensemble de la population. Un autre exemple est l'Enquête canadienne sur le tabagisme dans les écoles secondaires, qui a lieu en dépit du fait que toutes les provinces en réalisent une sur ce thème. Le fait que les programmes d'enquêtes de Statistique Canada ne sont pas toujours prévisibles ne facilite certainement pas la planification des enquêtes sociosanitaires au Québec. La coordination et la complémentarité entre l'Institut de la statistique du Québec et Statistique Canada ne sont pas acquises, bien qu'elles soient souhaitées par l'ISQ. Statistique Canada consulte les ministères provinciaux de la Santé en ce qui concerne les enquêtes (comme l'ESCC), mais les choix qui en résultent sont nécessairement des compromis entre les besoins plus ou moins convergents des provinces ou territoires et des agences fédérales (Santé Canada, l'ICIS, l'Agence de santé publique, etc.)

Ces conditions propres au Québec doivent être considérées au moment de faire des choix relativement aux applications des expériences étrangères pour le développement d'enquêtes.

8.2 Programmes d'enquêtes

Au fil de cette recension, on a pu percevoir que certains pays se sont dotés de programmes structurés d'enquêtes ou de séries comprenant un nombre plus ou moins grand d'enquêtes. Cette recension n'avait pas pour objectif d'étudier ces programmes comme tels. On peut toutefois penser qu'ils favorisent la pérennité des enquêtes, la stabilité de l'expertise et de l'information statistique et le soutien financier et scientifique à leur production.

Ces programmes apparaissent comme une approche prometteuse pour le Québec. Une analyse des programmes d'enquêtes statistiques nationaux de quelques pays pourrait éclairer la réflexion en cours au Québec et est recommandée, même s'il n'est pas clair que cette information soit facilement accessible. La recension effectuée donne toutefois un aperçu de la réalisation de tels programmes sur une période de dix ans et propose plusieurs exemples.

L'examen du potentiel de transfert des enquêtes présentées doit être précédé d'une réflexion. Idéalement, on devrait tenir compte de la disponibilité (ou du manque) de certaines informations (ex. : des fichiers administratifs), des problèmes de santé les plus importants de la population (ex. : maladies cardiovasculaires, asthme chez les enfants), des problèmes émergents ou en croissance, de la présence de groupes de population dont les difficultés particulières doivent être prises en compte (ex. autochtones, immigrants, personnes itinérantes) et des orientations ou objectifs que se sont fixés les autorités locales ou nationales de santé. De même, il convient d'évaluer quels types d'enquêtes devraient être regroupées dans un programme ou une série d'enquêtes. Par

exemple, les enquêtes complexes et coûteuses, sur des questions particulièrement importantes, pourraient bénéficier de ce moyen. On doit également tenir compte de la périodicité voulue pour la surveillance des indicateurs retenus.

Au Québec, cet examen doit également tenir compte du fait que le Québec n'est pas maître d'œuvre des enquêtes qui sont planifiées par Statistique Canada. Ainsi, on doit tenir compte de la disponibilité des données issues d'enquêtes canadiennes et du plan d'enquêtes canadien. Le programme québécois doit être conçu de manière à pouvoir s'ajuster aux programmes de Statistique Canada dans les domaines où une complémentarité est souhaitée. En effet, l'organisme fédéral ne fait pas nécessairement connaître sa programmation à l'avance et ses choix, résultats de compromis entre des besoins pancanadiens plus ou moins convergents, peuvent ne pas correspondre aux besoins prioritaires d'information statistique québécoise.

L'élaboration au Québec d'un ou de plusieurs programmes d'enquêtes pourrait être basée sur un cadre de référence, comme le Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (PCS) ainsi que les plans nationaux de surveillance thématique et générale. Une fois définis les besoins d'information pour les plans de surveillance de même que pour la planification sociosanitaire, les décideurs devront choisir entre diverses possibilités. La première est de réaliser des enquêtes au Québec ou d'utiliser davantage les enquêtes canadiennes (analyses secondaires ou suréchantillons). Dans quels cas l'un ou l'autre choix est-il opportun? De quels critères ce choix devrait-il tenir compte? Quelles données de Statistique Canada pourraient être utilisées davantage?

Des travaux ont déjà été faits pour éclairer ces choix, dont une analyse des sujets d'enquêtes additionnelles à réaliser pour répondre aux besoins d'information du PCS. Selon le PCS, plus de 300 objets de surveillance doivent être suivis tant au niveau national que régional. L'analyse a montré que l'enquête constitue la meilleure source d'information pour environ 130 d'entre eux. Selon cette analyse, même si plusieurs sont actuellement couverts par l'ESCC, quelque 80 indicateurs ne sont pas documentés par cette enquête, ne sont pas couverts par son contenu commun ou ont des estimations régionales imprécises et pourraient faire l'objet d'enquêtes québécoises. Cette analyse constitue un outil pour la planification des enquêtes qui pourraient découler du PCS. D'autres travaux de planification sont en cours. Cette recension vient s'ajouter aux instruments disponibles pour favoriser une telle réflexion et la prise de décision à cet égard.

8.3 Quelles enquêtes pourraient ou devraient être réalisées au Québec ?

Cette recension a permis de décrire quelque 200 enquêtes réalisées dans six pays. Plusieurs d'entre elles sont des exemples qui pourraient être repris dans le futur au Québec. Mais devraient-elles l'être? Doit-on répéter dans l'avenir les enquêtes qui ont déjà été réalisées au Québec au cours de la période 1995-2005? Ou plutôt suggérer de nouveaux sujets d'enquêtes?

Comme nous venons de le mentionner, ces choix devraient s'appuyer d'abord sur une réflexion permettant d'avoir une vue d'ensemble de la disponibilité de l'information et de la pertinence de telles enquêtes au Québec. Par ailleurs, la synthèse présentée dans la section 7 de ce rapport a permis de dégager certaines tendances et nouvelles avenues qui alimenteront la prise de décision à cet égard et que nous reprenons ici brièvement.

- 1- Le Québec a réalisé au total 25 enquêtes au cours de la période de 1995 à 2005. Toutefois, peu d'entre elles sont prévues pour la période à venir, au moment d'écrire ce rapport.
- 2- Les enquêtes canadiennes apportent également de l'information au niveau provincial. Ce n'est pas le cas habituellement des enquêtes internationales.
- 3- Tous les pays disposent d'au moins une enquête générale transversale répétée. Le Québec en avait une au cours de la période étudiée, mais aucune n'est prévue pour la période à venir. Des données seront toutefois disponibles par une enquête générale canadienne. Ces informations sont-elles suffisantes?
- 4- Tous les pays ont des enquêtes sur les populations spécifiques. Ce sont surtout des enquêtes longitudinales. Elles portent principalement sur les jeunes et les personnes âgées; d'autres populations spécifiques sont aussi étudiées. Les enquêtes sur les jeunes sont soit des enquêtes transversales répétées, soit des enquêtes longitudinales. Les enquêtes sur les personnes âgées sont surtout longitudinales. Quelles sont les populations spécifiques qui devraient faire l'objet d'enquêtes futures au Québec?
- 5- Les enquêtes thématiques sont les plus nombreuses dans tous les pays. Ce sont surtout des enquêtes transversales, souvent répétées. Des enquêtes longitudinales sont aussi consacrées à des thèmes particuliers (environ quatre enquêtes longitudinales sur dix). Au Québec, quels thèmes devraient faire l'objet d'enquêtes transversales uniques ou répétées ou d'enquêtes longitudinales?

Pour répondre à cette question, le choix des thèmes à privilégier peut s'inspirer d'une part des principaux thèmes des enquêtes thématiques réalisées dans l'ensemble des pays étudiés (soins de santé, problématique du tabac/alcool/drogues/jeux de hasard, etc., voir section 7.1). Il peut s'inspirer d'autre part des quelques thèmes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête au Québec au cours de la période 1995-2005 (la santé mentale, la santé au travail, l'obésité et l'excès de poids, les politiques et les programmes de santé, de même que la santé physique déclarée ou mesurée). Certains de ces nouveaux thèmes pourraient faire l'objet d'une enquête spécifique. Par contre, quelques-uns d'entre eux ont été couverts en partie dans des enquêtes générales (québécoises ou canadiennes) ou des enquêtes thématiques canadiennes : la santé mentale (ESCC cycle 1.2), l'obésité et l'excès de poids (ESCC cycle 2.2), la santé physique déclarée (ESS 1998, ESCC cycles 1.1 à 3.1), la santé physique mesurée (Enquête auprès des enfants et des adolescents 1999, Enquête canadienne sur les mesures de la santé [en cours]). Compte tenu des thèmes couverts en partie par ces enquêtes, on retiendra en particulier deux thèmes, soit la santé au travail et les politiques et programmes de santé, comme n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes au Québec. Par ailleurs, on devrait se

demander quels sont les nouveaux thèmes qui devraient être abordés dans le cadre d'une enquête générale plutôt que dans une enquête spécifique (chacune des approches présentant des avantages).

8.4 Quelles méthodes et stratégies d'enquêtes peuvent être appliquées au Québec?

Dans les enquêtes recensées, des méthodes d'enquêtes ont été relevées qui sont peu ou pas du tout utilisées au Québec, du moins dans les enquêtes nationales. Elles représentent de nouvelles avenues qui pourraient être considérées lors de la planification de nouvelles enquêtes.

Sans juger de la pertinence de les utiliser, qui reste à évaluer, mentionnons les stratégies liées à la collecte auprès de la population en établissements (résidences avec soins) qui est peu fréquente, la collecte en prisons ou auprès d'autres populations marginales, comme les consommateurs de drogues, ou la collecte auprès des aînés (enquêtes longitudinales ou transversales); la jonction de fichiers administratifs avec ceux de microdonnées d'enquêtes; l'utilisation de carnets (de soins, d'activités physiques, journal alimentaire) par les répondants; et finalement, les méthodes qualitatives de collecte ou d'analyse. Diverses mesures physiques pourraient être utilisées davantage lors de collectes en face-à-face. L'expérience des pays anglo-saxons montre la faisabilité de mesures anthropométriques, de prises d'échantillons biologiques ou dans l'environnement domestique, et ce, même dans les enquêtes générales. Les méthodes qualitatives sont peu utilisées dans les enquêtes québécoises; seule l'Étude auprès des communautés culturelles (Québec) et l'Enquête sociale générale (Canada) ont utilisé de telles méthodes. Concernant les populations marginales, soulignons l'expérience des enquêtes québécoise et française auprès des personnes itinérantes.

Sur le plan des modes de collecte, la recension a permis de constater que la majorité des enquêtes recensées dans les pays étudiés sont faites en face-à-face. C'est une tendance générale. Par ailleurs, une condition que le Québec partage avec le reste du Canada est le fait que sa population est de taille relativement faible et surtout, dispersée, ce qui a un impact sur les coûts de collecte en face-à-face et peut expliquer en partie le recours à la collecte téléphonique. Une autre raison de ce choix réside dans le fait que la couverture des ménages privés par les bases téléphoniques est très satisfaisante pour le moment (environ 95 %). C'est un avantage qu'a encore le Québec comparativement à d'autres pays. Mais cette proportion est en diminution avec l'utilisation grandissante des téléphones cellulaires.

Cette recension est un outil de référence qui trouvera toute son utilité dans le cadre de projets donnés, une fois arrêté le choix des sujets d'enquêtes. Connaissant les objectifs et le contexte d'un projet d'enquête, cette recension pourra être utilisée pour explorer les mesures, méthodes et stratégies utilisées dans d'autres pays. Une information détaillée sur les méthodes des enquêtes recensées est disponible dans les tableaux en annexe ou en se référant à la base documentaire (BDESS) constituée dans le premier volet de ce projet. Les questionnaires des enquêtes

recensées pourront être consultés également par le biais de la BDESS (grâce à des hyperliens). La base permet aussi d'identifier les enquêtes générales ou thématiques abordant un thème donné.

Parmi les nouvelles avenues sur le plan des méthodes, cette recension a aussi mis en évidence l'intérêt croissant pour les méthodes d'analyse pour petits domaines. Une session consacrée à ce sujet dans le cadre du XXIII^e Symposium international de Statistique Canada sur les questions de méthodologie³⁸ témoigne de l'intérêt pour ces méthodes. Au Québec également, un atelier méthodologique a été offert sur ce sujet aux 9^{es} journées annuelles de santé publique³⁹. Ces méthodes pourraient répondre aux besoins de données qui découlent de la mise en œuvre du PCS selon lequel de nombreux indicateurs mesurables par enquête doivent être suivis au plan régional. De telles approches peuvent être une alternative aux coûts élevés qu'entraîne la collecte de données au niveau régional ou local. Si cette approche est retenue, il serait souhaitable de développer l'expertise sur ces méthodes au Québec. Mentionnons que l'utilisation de ces méthodes se planifie idéalement dès le début de l'enquête : l'inclusion d'indicateurs pertinents (variables auxiliaires) au questionnaire rend les méthodes d'autant plus performantes. Cependant, ces méthodes sont quelquefois utilisées *a posteriori*.

8.5 À quelle fréquence doit-on réaliser les enquêtes ?

Le choix quant à la périodicité des enquêtes ne va pas de soi. Quels sont les thèmes pour lesquels un suivi serré est nécessaire et quelles sont les populations à enquêter plus régulièrement? Ces questions se sont posées concernant les enquêtes canadiennes (Umpfrey, Kendall et MacNeill, 2001); elles se posent aussi pour les enquêtes québécoises. On peut penser aux enfants et aux adolescents dont le contexte de vie évolue rapidement, et aux personnes âgées qui représentent un groupe de population dont l'importance relative est en augmentation, cela, pour plusieurs années à venir.

Il n'y a pas de réponse unique à ces questions. En fait, cette question doit être abordée pour chacune des enquêtes qui seront envisagées : elle varie grandement selon qu'il s'agit d'une enquête générale, par exemple, d'une enquête auprès de jeunes ou d'enquêtes sur différentes thématiques. Pour éclairer ces décisions, rappelons certains constats (section 7.2.3).

- 1- Enquêtes générales auprès de l'ensemble de la population : les États-Unis et le Royaume-Uni ont des enquêtes annuelles depuis longtemps et même une enquête continue. Dans les autres pays, la périodicité varie généralement de deux à cinq ans.
- 2- Enquêtes générales auprès de populations spécifiques : environ la moitié de ces enquêtes n'ont été faites qu'une seule fois au cours d'une période de dix ans, l'autre moitié plus souvent.

38. Voir le site www.statcan.ca/francais/conferences/symposium2006.

39. Voir le site www.inspq.qc.ca/jasp.

3- Enquêtes thématiques transversales : la périodicité varie selon les thèmes. Voici certaines des tendances décelées :

- Quelques enquêtes sont réalisées en continu;
- Collectes annuelles : immunisation, consommation de substances psychoactives; plus rarement : soins de santé, conditions de travail;
- Collecte aux deux ou trois ans : satisfaction des usagers de services de santé, poids corporel;
- Collecte aux cinq à sept ans : personnes diabétiques, aidants naturels, incapacité, santé mentale, risques professionnels, pratiques des professionnels de la santé, santé périnatale;
- Dix ans et plus : enquêtes avec mesures physiques ou examens par un professionnel (ex. : nutrition, santé dentaire).

La périodicité à retenir pour les enquêtes québécoises devrait aussi tenir compte, entre autres choses, du temps nécessaire pour l'analyse et la diffusion des résultats et du temps de réaction suite à la mise en œuvre des interventions. Quelques enquêtes québécoises ont une périodicité qui semble établie : l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire a été réalisée aux deux ans (1998, 2000, 2002 et 2004), La violence familiale dans la vie des enfants du Québec aux cinq ans (1999 et 2004) et l'Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, aux deux ans (2001-2002 et 2003-2004)⁴⁰. Un retour sur ces expériences et celles de l'ESCC pourrait éclairer la prise de décision.

8.6 Deux tendances à retenir : le souci de comparabilité et l'analyse régionale

On retiendra également le souci de la plupart des pays de développer des enquêtes permettant des comparaisons internationales. Cette tendance est particulièrement marquée en Europe dans le contexte du développement de l'Union européenne. Par ailleurs, dans de nombreux pays, plusieurs des enquêtes faites par les organismes centraux visent à fournir des données au niveau infra-national de façon plus ou moins détaillée.

Ces préoccupations doivent faire l'objet d'une réflexion au Québec. Outre les comparaisons générales avec le Canada, sur quels thèmes et avec quels pays principalement les comparaisons internationales seraient-elles utiles? Les comparaisons avec les États-Unis ne sauraient suffire, étant donné les caractéristiques de notre système de santé, de nos conditions de vie et de notre culture qui diffèrent passablement. À ce titre, les pays recensés dans ce document offrent un éventail intéressant; on pense en particulier à la France.

Concernant la disponibilité de données régionales au Québec, on note que certaines enquêtes québécoises ont permis de fournir ce type de données (l'enquête générale, l'enquête sur la couverture vaccinale et celle sur les limitations d'activités). Dans le futur, il faudra déterminer quelles sont les enquêtes pour lesquelles ces données sont nécessaires, compte tenu des coûts des enquêtes régionales et de la disponibilité d'autres sources de données

40. Pour la vaccination, les années intermédiaires sont couvertes par l'ESCC.

régionales (données administratives, ESCC). Une avenue prometteuse inspirée de l'expérience américaine (SLAITS, BRFSS) pourrait aussi être envisagée : un moteur d'enquêtes régionales de type omnibus. L'utilisation des méthodes d'estimation pour de petites régions pourrait également répondre à certains besoins de données régionales ou infra-régionales. Kalton (2006), un spécialiste américain, s'est prononcé récemment sur les tendances en matière d'enquêtes de santé. Il a notamment observé une tendance vers la réalisation d'enquêtes internationales en même temps que vers une demande accrue de données locales. Il anticipe une augmentation du nombre d'enquêtes de santé et de la gamme des problèmes étudiés, l'inclusion de mesures de santé dans les enquêtes sociales, la collecte accrue de biomarqueurs, une augmentation du nombre d'enquêtes longitudinales et d'enquêtes de santé auprès des personnes âgées. Certaines de ces tendances, identifiées dans les sections précédentes, se trouvent ainsi confirmées.

9. Conclusion

Les objectifs généraux de cette recension et synthèse critique des enquêtes sociosanitaires étaient ambitieux, compte tenu du temps imparti à sa réalisation. Il s'agissait de recenser, sur un horizon de dix ans, les enquêtes sociosanitaires réalisées au Québec, au Canada, en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis, les principales enquêtes réalisées en Australie et en Nouvelle-Zélande ainsi que celles réalisées par quelques grands organismes internationaux. Cet exercice devait permettre de faire une synthèse critique de ces enquêtes, de dégager des tendances, d'identifier de nouvelles avenues ainsi que le potentiel de transfert pour des projets québécois.

La première partie de ce document a présenté une description de quelque 203 enquêtes recensées dans ces pays ou territoires. La seconde partie du document a proposé une analyse et une synthèse de ces enquêtes selon des paramètres comme la population cible, la base de sondage, la périodicité, la représentativité territoriale, le mode et les instruments de collecte. Cette synthèse, ainsi qu'un survol de la documentation sur ces sujets, a permis de situer les enjeux majeurs dans le domaine des enquêtes de santé, de dégager des tendances et quelques nouvelles avenues qui pourraient être appliquées au Québec dans les années à venir.

Ce document n'apporte cependant pas des réponses toutes faites aux questions qui se posent lors du choix d'un scénario d'enquêtes à réaliser au Québec. Il établit les constats, présente les possibilités à la lumière des conditions particulières du Québec. Il est un outil de travail, une référence qui permettra aux décideurs de faire des choix éclairés pour le développement de nouvelles enquêtes au Québec et, en particulier, à court terme, dans le cadre des travaux d'élaboration, par le MSSS, d'un plan ministériel de développement des enquêtes sociosanitaires. Les décideurs retrouveront dans ce document les éléments nécessaires pour éclairer leur réflexion, que ce soit dans la préparation d'un plan d'enquêtes ou de projets particuliers. Il sera un outil de référence, par sa partie descriptive et les tableaux détaillés sur chacune des enquêtes, ainsi que par la synthèse et l'analyse qu'il propose. Il ouvre également la voie à la réalisation d'autres travaux, qui dépassent le cadre de ce document, et qui pourraient le compléter dans le but d'orienter ces décisions.

Ce document est le complément de la Base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé (BDESS). Cette base permettra aux professionnels intéressés par les enquêtes de disposer d'une information détaillée sur la méthodologie des enquêtes recensées. Elle trouvera toute son utilité dans la préparation de projets d'enquêtes spécifiques.

Sur le plan de l'exhaustivité, cette recension (et la base documentaire) présente quelques limites. Alors que les enquêtes de santé importantes réalisées au Canada, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni ont été recensées, l'inventaire est plus limité dans le cas des enquêtes australiennes et néo-zélandaises et pourrait être complété pour ces deux pays. C'est sans doute le cas aussi des enquêtes longitudinales ou d'enquêtes dans des

domaines spécifiques, comme la santé au travail et la santé environnementale, qui sont possiblement produites par d'autres réseaux que les producteurs officiels de la statistique, pensons, par exemple, aux groupes de recherche universitaires. Cette limite s'explique surtout par la recherche qui a été faite sur Internet principalement. Cette méthode entraîne certainement un biais de repérage : en particulier, les enquêtes québécoises et canadiennes avaient plus de possibilité d'être recensées autrement. De plus, des enquêtes plus anciennes ont pu être omises. Cependant, si l'on ne considère que les enquêtes à portée nationale, cette recension est assez complète pour les quatre premiers pays mentionnés.

Certaines recommandations s'imposent à la suite de cette recension. D'abord, il serait souhaitable d'effectuer une mise à jour de la base documentaire (BDESS) sur une base régulière, annuelle par exemple, pour combler ces limites et pour tenir compte de la réalisation des nouvelles enquêtes. Ce faisant, il serait souhaitable de varier les sources d'informations et d'établir des contacts directs avec les organismes producteurs de statistiques, afin d'obtenir des renseignements plus complets. D'ailleurs, le MSSS et l'ISQ ont déjà prévu une mise à jour des enquêtes réalisées dans les pays ciblés, incluant une recension plus complète des enquêtes australiennes et néo-zélandaises et un élargissement des thèmes des enquêtes examinées. Par ailleurs, il serait également souhaitable que la BDESS soit diffusée sur le site Web de l'ISQ ce qui permettrait, en plus de rendre disponible cette source d'information aux professionnels du domaine des enquêtes dans la francophonie, une mise à jour de l'information par le dialogue qu'elle pourrait susciter entre les professionnels.

En ce qui a trait à l'étude de la documentation sur les tendances actuelles dans le domaine des enquêtes sociosanitaires, ce survol n'a pas la prétention d'être exhaustif. Mais il a permis de situer les enjeux majeurs dans le domaine des enquêtes de santé qui peuvent inspirer le développement des enquêtes au Québec.

Selon l'usage qu'il sera fait de ce document, il nous semble opportun de prévoir répéter cette synthèse critique des enquêtes sociales et de santé. L'occasion pourrait en être donnée lors de la prochaine révision du Programme national de santé publique (Gouvernement du Québec, 2003), prévue pour 2012. De plus, il serait avantageux de réaliser cette éventuelle synthèse critique avec des collaborateurs des organismes producteurs de statistiques dans le domaine de la santé en France, au Royaume-Uni ou dans les autres pays recensés.

Bibliographie

- ALIAGA, Christel, Cécile BROUSSE, Louise FOURNIER et Nathalie PLANTE (2003). « France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou des distributions de repas », *Santé, Société et Solidarité*, 2003 n° 1, p. 97-113.
- BARNAY, Thomas, Florence JUSOT, Thierry ROCHEREAU et Catherine SERMET (2005). *Comparability of health surveys in Europe: France, United Kingdom, Russia, Poland, Czech Republic, Germany, Greece, Italy, Spain and Sweden*, Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 56 p.
- BARNAY, Thomas, Florence JUSOT, Thierry ROCHEREAU et Catherine SERMET (2005). « Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 96, Juin 2005.
- BARNAY, Thomas, Florence JUSOT, Thierry ROCHEREAU et Catherine SERMET (2005). *Les indicateurs de santé et d'activité sont-ils comparables dans les enquêtes santé européennes ?* Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005, [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- BECK F., S. LEGLEYE et S. SPILKA (2005). *L'enquête ESCAPAD sur les consommations de drogues des jeunes français : un dispositif original de recueil de l'information sur un sujet sensible*. Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005, [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- BÉLAND, Yves (2002). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 3, p. 9-15.
- BELLAMY, V., DR J.L. ROELANDT, A. CARIA et A. KERGALL (2005). *L'enquête santé mentale en population générale (SMPG) : une enquête « pas comme les autres »*. Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005, [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- CHOI, Bernard C.K. (2000). « La surveillance épidémiologique au 21^e siècle sous diverses optiques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19 n° 4, [En ligne :] www.hc-sc.gc.ca/pphb-gspsp/publicat/cdic-mcc/19-4/b_f.html (page consultée le 2003-03-27).
- COMMISSION EUROPÉENNE EUROSTAT (2005). *Guidelines for the development and criteria for the adoption of Health Survey instruments*, KS-CC-05-003, [En ligne:] http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-CC-05-003
- COUET C. (2002). *Estimations locales dans la cadre de l'enquête HID*, Document de travail, n° F0207, Insee, 22 novembre 2002, [En ligne :] http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/f0207.pdf
- COURCHESNE, Camille. « Le système statistique québécois », *L'Écostat Québec*, Institut de la statistique du Québec, décembre 2004, p. 11-20
- DIXON-WOODS, Mary, et Ray FITZPATRICK (2001). "Qualitative research in systematic reviews", *British Medical Journal*, vol. 323, p. 765-766.

- DOCTEUR E., et H. OXLEY (2003). *Health-Care Systems : Lessons from the Reform Experience*, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003), 97 p., [En ligne:] <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf> (page consultée le 16 novembre 2005).
- DOURGNON, P., et T. RENAUD (2005). *La qualité du recueil par carnet de soins*. Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005. [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- DUPORT, Nicolas (2003). *Recensement des principales études et enquêtes réalisées en France au cours des 5 dernières années et collectant des données dans le domaine de la nutrition*, Institut de Veille Sanitaire (InVS) / Institut Scientifique et Technique de la Nutrition et de l'Alimentation (ISTNA-CNAM), 64 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
- GRIGNON , M. « Les comparaisons internationales des systèmes de santé : apports et difficultés des classements de performances », *Chronique Internationale de l'IREs*, n° 91, novembre 2004, p. 151-160.
- HUPKENS, C. (1998). « Couverture des questions de santé par les enquêtes menées au sein de l'Union Européenne », *Eurostat Working Papers*, Commission européenne 1997, Collection Population et conditions sociales, 3/1998/E/no10. [En ligne :] http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe1_02_en.pdf
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Le Québec chiffres en main*, édition 2004, 47 p.
- JAKUBOWSKI, E. et R. BUSSE (non daté). *Les systèmes de santé dans l'UE : une étude comparative*, Parlement Européen, direction générale IV – Études, Série Santé publique Protection des Consommateurs SACO 101 FR, [En ligne :] http://www.europarl.eu.int/workingpapers/saco/pdf/101_fr.pdf (page consultée le 7 novembre 2005).
- KENDALL, ORA., Tammy LIPSKIE et Shauna MACEACHREN. (1997). « Enquêtes canadiennes sur la santé, de 1950 à 1997 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 18, n° 2, p. 79-101, [En ligne :] www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-2/b_f.html
- KALTON, Graham (2006). *La mesure de la santé dans les enquêtes de population*,. XXIII^e Symposium international de Statistique Canada sur les questions de méthodologie, Gatineau, 1^{er} au 13 novembre 2006.
- KRAMERS, PIETER et autres (2003). « Projets du programme européen : propositions d'indicateurs », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 42, p. 36-60.
- LANOË, J.L. et Y. MAKDESSI-RAYNAUD (2005). « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *Études et Résultats*, DREES, n°. 436, 12 p.
- LEPKOWSKI, James M. (2001). "Needs for State and Local Data of National Relevance", Discussion Paper, *Seventh Health Survey Research Methods Conference*, Washington DC, National Center of Health Statistics.

- MANNERS, T. (2003). *Tirer le maximum du portefeuille d'enquêtes-ménages du R.-U. : plans de l'Office for national statistics relatifs à la réalisation d'une enquête sociale intégrée – l'enquête continue auprès de la population (ECAP)*, Statistique Canada, La série des symposiums internationaux de Statistique Canada – Recueil, n° 11-522-XIF au catalogue.
- MATHIEU, P., et M. LAVIGNE (2005). *L'enquête conjointe Canada / États-Unis sur la santé : les aspects méthodologiques et les défis reliés à une enquête unique menée dans deux pays*, Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005, [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- MAYS, Nicholas, et Catherine POPE (2000). "Qualitative Research : Reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research", *British Medical Journal*, vol. 320, p. 50-52.
- MCAMMOND D. AND ASSOCIATES (2000). *La surveillance alimentaire et nutritionnelle au Canada : une analyse de la conjoncture*. Groupe de travail sur un système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle, mars 2000, 41p., [Enligne :] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/environmental_scan_f.pdf page consultée le 7 novembre 2005.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois. Indicateurs et tendances*, Gouvernement du Québec, 265 p.
- MORMICHE, Pierre (2005). *Estimations locales sur petits domaines à partir d'une enquête sur le handicap*, Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005, [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- NELSON, David (2001). *The Behavioral Risk Factor Surveillance System : Federal-State Relationships and Role*, Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, August 5-9 2001.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, [En ligne :] <http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001a). ICF, 25 p. [En ligne] :<http://www3.who.int/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, 237 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1996). *Health Interview Surveys. Towards international harmonisation of methods and instruments*, WHO regional publications. European series n° 58, [En ligne :] <http://www.euro.who.int/Document/E72841A.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E72841B.pdf>, (page consultée le 6 septembre 2005).
- PALIN, Joanne, et Bruno D. ZUMBO (2003). *Mesure de l'utilisation des soins de santé au Canada : concordance entre les enquêtes et les dossiers administratifs*, Statistique Canada, La série des symposiums internationaux de Statistique Canada – Recueil, n° 11-522-XIF au catalogue.
- POLTON D. (2002). « Quel système de santé à l'horizon 2000? Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français », *Santé, Société et Solidarité. Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, n° 1, p. 17-27.

- POPE, Catherine, et Nick MAYS (1995). “ Qualitative Research : Reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research”, *British Medical Journal*, vol. 311, p. 42-45.
- QUAGLIA, Martine, et Géraldine VIVIER (2005). *Enquêtes auprès de populations difficiles à joindre : Principes méthodologiques et adaptations pratiques*, Actes du Colloque francophone sur les sondages 2005, [En ligne :] <http://www.crm.umontreal.ca/sondages2005/>
- RAO, J. N. K. (2003). *Small Area Estimation*, New Jersey, John Wiley & Sons inc., 313 p.
- SANDIER, Simone, Valérie PARIS et Dominique POLTON (2004). *Systèmes de santé en transition*. France. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe de la part de l’Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- SANTÉ CANADA (2002). *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, [En ligne :] http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2002-fed-comp-indicat/index_f.html (page consultée le 23 novembre 2005).
- THOMAS, J., A. HARDEN, A. OAKLEY, S. OLIVER, K. SUTCLIFFE, R. REES, G. BBRUNTON et J. KAVANAGH (2005). “Integrating qualitative research with trials in systematic reviews”, *British Medical Journal*, vol. 328, p. 1010-1012.
- UMPHREY, G.J., O. KENDALL et I.B. MACNEILL (2001). « L’évaluation de la capacité de surveillance des enquêtes nationales sur la santé du Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 2. [En ligne :] www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/22-2/b_f.html (page consultée le 27 mars 2003).

Liste des acronymes

AHEAD	Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old
AHS	Adolescent Health Survey
ALSA	Australian Longitudinal Study of Ageing
ANCRED	Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale/Centre for Addiction and Mental Health
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé
CLSC	Centre local de services communautaires
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECCES	Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé
ECLS	Early Childhood Longitudinal Study
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
EPA	Enquête sur la population active
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
EPIC	The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations de drogues lors de l'appel de préparation à la défense
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESJO	Enquête sur la santé des jeunes Ontariens
ESPS	Enquête Santé et Protection sociale
ESS	Enquête sociale et de santé
ESSEA	Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois
ESTEV	Enquête santé, travail et vieillissement
GANT	Génération aléatoire de numéros de téléphone
GHS	General Household Survey
HID	Handicaps, incapacités, dépendance
HBSC	Health Behavior in School-aged children
HRS	Health and Retirement Study

HSE	Health Survey for England
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPO	Interview en personne assistée par ordinateur
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITAO	Interview téléphonique assistée par ordinateur
ITS	Infections transmissibles sexuellement
LSAC	Longitudinal Study of Australian Children
NATSIHS	National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Survey
NCHS	National Center for Health Statistics
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
NHIS	National Health Interview Survey
NSCH	National Survey of Children's Health
OHS	Ontario Health Survey
ONS	Office for National Statistics
QAA	Questionnaire auto-administré
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SHARE	Survey of Health and Ageing and Retirement in Europe
SLAITS	State and Local Area Integrated Telephone Survey
SNM	Sondage national auprès des médecins
TMS	Troubles musculo-squelettiques
WHS	World Health Survey
YRBS	Youth Risk Behavior Survey
YRBSS	Youth Risk Behavior Surveillance System

1970 British Cohort Study, 105

2000 Infant feeding Survey, 105

Acute Inpatient Survey, 87

Adolescent Health Survey, 59

Adult Dental Health Survey, 89

Aging in Manitoba, 107

AHEAD, 108, 109

Alberta Health Survey, 78

Alberta Survey on Physical Activity, 78

Alberta Youth Experience Survey, 78

ALSA, 110

Assessing the attitudes, knowledge, and awareness of HIV vaccine research among adults in the United States, 83

Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old, 108

Australian Longitudinal Study of Ageing, 110

Baromètre santé, 50, 84, 86, 148

Baromètre santé médecins généralistes, 84

Baromètre santé nutrition, 86

Behavioral Risk Factors Surveillance System, 48

Better or worse, 97

BRFSS, 48, 49, 130, 142

British Columbia Nutrition Survey, 78

British Household Panel Survey, 52, 99

CAMH Monitor, 77

Canadian Study of Health and Aging, 106

Carers 2000, 88, 133

Comportements alimentaires des 16-30 ans, 86

Conscription, 86

Coronary heart disease survey, 87

Drug use, smoking and drinking among young people in England, 90

Early Childhood Longitudinal Study, 104

ECCES, 56

Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, 84

ECLS, 104

ELNEJ, 94, 100, 101, 132, 149

ELSA, 109, 164

English Longitudinal Study of Ageing, 109

Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 58, 156

Enquête auprès des communautés culturelles, 58, 144, 156

Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 61

Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 68

Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé, 56, 133, 144, 149

Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans, 74

Enquête HID Prisons, 133

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 94, 100

Enquête nationale périnatale, 84

Enquête nationale sur la couverture vaccinale, 69

Enquête nationale sur la santé de la population, 43, 44, 93, 149

Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux, 38, 49, 150

Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 72

Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier, 68

Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, 87

Enquête noyades, 85

Enquête permanente sur la prescription médicale, 84

Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, 38, 50

Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 76, 158

Enquête Santé et Protection Sociale, 51

Enquête sociale et de santé, 45, 46, 59, 73, 74, 93, 133

Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 59, 133

Enquête sociale générale, 43, 72, 144, 156

Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 84

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 45, 67, 71, 93, 149, 153, 154, 158, 163

Enquête sur la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en France, 60

Enquête sur la santé des jeunes ontariens, 102

Enquête sur le port du casque de sécurité, 73

Enquête sur le tabagisme au Canada, 95

Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 70, 133

Enquête sur les avortements thérapeutiques, 70

Enquête sur les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité, 84

Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux, 73

Enquête sur les toxicomanies au Canada, 70

ENSP, 43, 45, 46, 57, 93, 94, 119, 123, 139, 149

EPA, 93, 101

EPCV, 50

EPIC, 114

ESCAPAD, 87, 163

ESCC, 45, 58, 67, 69, 71, 93, 131, 138, 142, 147, 154

ESJO, 102, 128, 139

ESPS, 51

ESS, 45, 46, 58, 73, 74, 147, 180

ESTEV, 112

Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates, 89

Étude auprès des communautés culturelles, 156

Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 74, 101

Étude Nationale Nutrition-Santé, 85

Étude sur le comportement des jeunes au regard de la santé, 65

European Community Household Panel, 99

European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, 114

Food and Nutrition in Manitoba schools, 78

Gambling Impact and Behavior Study, 83

General Household Survey, 52, 88

General practice survey, 87

GHS, 52, 130

HBSC, 65, 131

Health and Retirement Study, 108

Health Behaviour in School-aged Children, 33

Health in Wales Survey, 54, 55

Health Survey for England, 52, 62, 109

HID, 84, 96, 130, 133, 138, 163

Household, Income and Labour Dynamics in Australia, 100

HRS, 108, 109, 139

HSE, 52, 62, 63, 109, 130, 131, 147

Infant feeding, 105, 132

La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social, 84

La santé mentale en population générale

 Images et Réalités, 92

La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 74

La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 76, 158

Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect, 104

Longitudinal Study of Aging, 107, 139

Low Income Diet and Nutrition Survey, 89

Manitoba Nutrition Survey, 78

Medical Expenditure Panel Survey, 47, 95

Mental Health Survey, 33

Millennium Cohort Study, 105, 140

MRC National Survey of Health and Development, 105

National Adult Immunization Survey, 80

National Alternative High School Youth Risk Behavior, 82

National Ambulatory Medical Care Survey, 80

National Asthma Survey, 48, 80

National Cancer Survey, 87

National Child Development Study, 105

National College Health Risk Behavior Survey, 82

National Diet and Nutrition Survey, 89

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 95

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), 95

National Health and Nutrition Examination Survey, 79, 122, 132, 133

National Health Care Survey, 80, 147

National Health Interview Survey, 47, 80, 107, 133, 149

National Health Interview Survey on Disability, 47, 80, 133

National Health Survey, 55, 64, 90

 Aboriginal and Torres Strait Islander, 64

National Home and Hospice Care Survey, 80

National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 80

National Hospital Discharge Survey, 80

National Immunization Survey, 47, 80

National Longitudinal Study of Adolescent Health, 103

National Nursing Home Survey, 80

National Nutrition Survey, 90, 91

National Survey of Ambulatory Surgery, 80

National Survey of Children with Special Health Care Needs, 80

National Survey of Early Childhood Health, 48, 80

National Survey of Family Growth, 47, 82, 133

National Survey of Mental Health and Wellbeing, 90

National Survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain, 104

National survey of the mental health of young people looked after by local authorities in England, 89

National Survey on Drug Use and Health, 83

National Teen Immunization Survey, 80

Negotiating the Life Course, 98, 139

NESARC, 95

New Zealand Health Survey, 55, 91

New Zealand National Nutrition Survey, 91

NHIS, 47, 49, 80, 95, 107, 130, 138, 142, 147, 148

NHS Omnibus Survey, 148

NHS staff survey, 88

Non-practising Nurses and Midwives, 91

Nova Scotia Health Survey, 46

NSCH, 60, 123

Nutrition Newfoundland and Labrador, 76

Ontario Food Survey, 78

Ontario Health Survey, 45, 46

Ontario Nutrition and Cancer Prevention Survey, 77

Ontario Student Drug Use Survey, 77

Panel Study of Income Dynamics, 98

Physical Activity, 78

Profil des médecins du réseau public en santé au travail, 73

School Health Policies and Programs Study, 82

School Health Profiles, 82

Scottish Health Survey, 54

Second Longitudinal Study of Aging, 139

SHARE, 109

SLAITS, 47, 48, 49, 60, 80, 130, 148

Sondage national auprès des médecins, 67

Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale, 67

State and Local Area Integrated Telephone Survey, 47

Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces, 76

Substance Use Among Manitoba High School Students, 78

Surveillance médicale des risques professionnels, 85

Survey of Disability, Ageing and Carers, 90

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 109

Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain, 89

Survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales, 89

Survey of the mental health of carers living in England, 89

Survey on contraception and sexual health, 90, 133

Survey on smoking behaviour and attitudes, 90

Tracking Nutrition Trends Survey, 71

Veterans Health Survey, 83

Welsh Health Survey, 54

WHS, 56, 131, 132

World Health Survey, 33, 56, 130

World Mental Health Survey, 33

Youth Risk Behavior Surveillance Survey, 82

Youth Risk Behavior Surveillance System, 82

YRBS, 82

YRBSS, 60, 82

Annexe A

Base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec se sont dotés d'un nouvel outil de travail. Il s'agit d'une base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé réalisées au Canada, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni, sur un horizon de dix ans. Quelques enquêtes réalisées en Australie et en Nouvelle-Zélande ont également été répertoriées et, sur le plan international, les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé ont notamment été retenus.

Une recension des enquêtes sociosanitaires sur support Access

La recension des enquêtes a été conçue comme un outil interactif, facile à consulter, qui pourra être développé et mis à jour régulièrement. La base documentaire sur les enquêtes sociales et de santé (BDESS) utilise comme support le logiciel Microsoft Access 2003, un système de gestion de bases de données relationnelles permettant le développement d'outils de recherche puissants. Ce logiciel est inclus dans la suite Office, généralement utilisée dans l'ensemble du réseau des services publics.

Au moment de la publication, la base documentaire contient environ 297 enregistrements d'enquêtes dont le tiers (environ 102 enquêtes) ont été réalisées au Canada. Trente d'entre elles, soit environ le tiers des enquêtes canadiennes répertoriées sur dix ans, ont été réalisées au Québec.

Les renseignements ont été en grande partie obtenus à partir des sites Internet des organismes producteurs de statistiques : instituts de la statistique ainsi que gouvernements et ministères responsables de la santé. Les catalogues de la Bibliothèque Nationale du Canada et des universités ont aussi été consultés.

Le grand intérêt d'une base de données relationnelles est la possibilité d'interroger la base à l'aide de mots clés liés à l'ensemble des champs créés. Pour cette recension d'enquêtes, les champs retenus sont les suivants : titre de l'enquête, acronyme, auteur principal, auteurs additionnels, enquêtes reliées, portée territoriale, population ciblée, taille d'échantillon, méthodologie, catégorie d'enquête, description ou objectifs de l'enquête, thèmes, dimensions étudiées, année du début de l'enquête, données les plus récentes, diffusion des données les plus récentes, périodicité et statut de l'enquête (terminée, en cours, récurrente). Le cas échéant, un lien mène au site Web de l'enquête. Un guide de l'utilisateur est intégré à cette base de données.

Une activité de veille

La base de données sur la recension des enquêtes sociales et de santé et la synthèse critique ne sont qu'un début. Une activité de veille sera instaurée pour alimenter la base de données, une source d'information fort utile pour la planification et la réalisation de futures enquêtes sociosanitaires.

Personnes-contact à la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec :

Jacinthe Aubin
Téléphone : (514) 873-4749 poste 6102
Courriel : jacinthe.aubin@stat.gouv.qc.ca

Rosanna Baraldi
Téléphone : (514) 873-4749 poste 6134
Courriel : rosanna.baraldi@stat.gouv.qc.ca

Annexe B

Organismes internationaux

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) est née en 1945. L'objectif de cette agence spécialisée des Nations Unies est de construire la paix dans l'esprit des hommes à travers l'éducation, la science, la culture et la communication. L'UNESCO compte 191 états membres et 6 membres associés.

À travers ses stratégies et ses activités, l'UNESCO œuvre en faveur des objectifs de développement des Nations Unies pour le millénaire et, plus particulièrement, de ceux qui visent à réduire de moitié la proportion de la population vivant dans l'extrême pauvreté, d'ici à 2015 ; à assurer l'éducation primaire universelle dans tous les pays, d'ici à 2015 ; à éliminer les disparités entre les sexes dans l'éducation primaire et secondaire d'ici à 2005 ; et, à aider les pays à mettre sur pied des stratégies nationales pour un développement durable, d'ici à 2005, afin d'inverser d'ici à 2015 la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.

L'UNESCO collige des données statistiques par pays sur des sujets comme la culture, l'éducation, l'alphabétisation, les sciences et la technologie.

Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social

L'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRIDS) est un institut autonome des Nations Unies qui mène des recherches multidisciplinaires sur les dimensions sociales des problèmes contemporains qui affectent le développement. L'UNRIDS a été créé en 1963 et se consacre exclusivement à la recherche sur le développement social. Il a été un pionnier dans l'élaboration d'indicateurs sociaux. L'institut dirige des études comparatives en collaboration avec des universitaires et des militants surtout dans les pays en voie de développement.

Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé

L'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES) est une association professionnelle mondiale formée de spécialistes de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Ces membres sont des experts individuels, des organismes et des institutions du secteur public et non gouvernemental. Ils forment un réseau étendu de promotion de la santé dans le monde dont la mission est d'améliorer la santé du monde, par l'éducation, l'action communautaire et l'élaboration de politiques de santé

publique. Elle vise le développement global de l'individu, son bien-être physique, mental et social, et celui des communautés dans lesquels il vit.

L'UIPES a été fondée à Paris en 1951 et compte 2 000 membres institutionnels et individuels répartis dans plus de 90 pays.

L'UIPES a constitué, en partenariat avec des institutions universitaires et des organismes publics, une base de données sur Internet (HP Source) qui collige l'ensemble des données existantes sur les infrastructures, politiques et pratiques de promotion de la santé, en Europe. Au total, 23 régions ou pays européens (dont la totalité de l'Union européenne) ont participé à ce projet.

Eurostat et le système statistique européen

Établi en 1953, Eurostat est l'Office statistique des Communautés européennes et le seul fournisseur de statistiques au niveau européen. Sa mission est de fournir à l'Union Européenne des services d'information statistique de haute qualité. Elle consiste à collecter des données auprès des différents instituts de statistique européens et à les analyser, l'objectif étant de fournir des chiffres comparables et harmonisés aux institutions européennes de manière à ce qu'elles puissent définir, mettre en oeuvre et analyser les politiques communautaires. Les données couvrent l'Union européenne, ses États membres ainsi que ses partenaires et portent sur plusieurs thèmes, dont la santé.

Eurostat ne fait pas de collecte de données d'enquêtes. Cela est fait par les agences statistiques des États Membres, lesquels vérifient et analysent les données nationales et les envoient à Eurostat. Le rôle principal d'Eurostat est de les consolider, de s'assurer de leur comparabilité grâce à des méthodologies harmonisées (concepts, méthodes, structures, standards techniques) et de les publier. C'est son rôle de fournir à l'Union Européenne des statistiques au niveau européen permettant des comparaisons entre pays et entre régions. La comparabilité est donc une tâche majeure.

Le rôle d'Eurostat a évolué avec le développement de l'Union européenne. Son rôle d'harmonisation des statistiques se fait en coopération avec les diverses agences nationales. Le système statistique européen (ESS) s'est bâti graduellement dans le but de fournir des statistiques comparables. Au coeur de l'ESS est le Comité de programme statistique (SPC), qui est présidé par l'Eurostat et qui rassemble les dirigeants des offices statistiques nationaux des États Membres. Ce comité discute des actions et des programmes communs les plus importants à effectuer pour répondre aux exigences d'information de l'Union Européenne. Il convient d'un programme de cinq ans, qui est mis en application par les autorités nationales et surveillé par l'Eurostat. Jusqu'à maintenant quatre

programmes ont été adoptés : le premier programme en 1989-1992, puis ceux de 1993-1997, 1998-2002 et finalement de 2003-2007.

Dans le cadre du dernier programme quinquennal (2003-2007), les activités dans le domaine de la santé publique comprennent le développement du Système européen d'enquêtes sur la santé (European Health Surveys System, EHSS) par la préparation d'une enquête modulaire (European Health Interview Surveys, EHIS) qui sera mise en œuvre tous les cinq ans à partir de 2006. Notons qu'en 1994, Eurostat mettait en place le Panel de ménages de la Communauté européenne, une étude longitudinale auprès des ménages qui s'est poursuivie jusqu'en 2001, et qui abordait de nombreux thèmes, dont la santé. Plusieurs pays européens ont participé à cette enquête, dont la Grande-Bretagne. L'enquête anglaise est décrite dans cette recension.

Annexe C

Tableaux complémentaires

Tableau C.1

Enquêtes transversales générales auprès de la population, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Canada	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC)	Statistique Canada	2000-01, 2003*, 2005 Biennale en alternance avec une enquête thématique	Canada; Provinces; 136 régions sociosanitaires; En 2003 et 2005, sous-régions (CLSC) dans quelques régions du Qc (achat de sur-échantillons). En 2003, achat d'échantillon Terres-Cries-de-la-Baie- James.	Population de 12 ans et plus à domicile (sauf réserves indiennes)
Québec	Enquête sociale et de santé 1998 (ESS)	Institut de la statistique du Québec	Répétée : 1987,1992-1993, 1998*	Québec et 16 régions sociosanitaires	Population de tous âges à domicile (sauf réserves indiennes)
Ontario	Ontario Health Survey (OHS) 1996-1997	Statistique Canada	1990 et 1996-97*	Ontario; 23 régions ou groupes de régions sociosanitaires	Population de 12 ans et plus à domicile (sauf réserves indiennes)
Nouvelle-Écosse	Nova Scotia Health Survey 1995	Nova Scotia Department of Health	1995* Enquête générale incluant une suite de la Nova Scotia Heart Health Survey 1986	Nouvelle-Écosse	Population de 18 ans et plus à domicile (sauf réserves indiennes)
États-Unis	National Health Interview Survey (NHIS)	National Center for Health Statistics (NCHS)	Annuelle depuis 1957	États-Unis; 4 régions de recensement: Nord-est, Sud, Ouest, <i>Midwest</i> et dans ces régions on distingue les régions métropolitaines et non métropolitaines ; certaines grandes régions métropolitaines.	Population de tous âges à domicile

* Lorsque la méthodologie varie entre les éditions d'une enquête, l'information fournie porte sur l'enquête de l'année indiquée d'un astérisque.

(1) Les caractéristiques des ménages et les caractéristiques sociodémographiques ne sont pas listées ici mais font partie de toutes ces enquêtes.

Tableau C.1

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux ¹
Canada : N= 135 573 Tx R : 80,6 %	IPAO, ITAO Surtout face à face en 2000-01, en 2003 25 % face à face Un questionnaire (env. 45 min. dont 10 min. de contenu optionnel)	Base aréolaire et base téléphonique (GANT et base liste) 1 ou 2 personnes par ménage Sur échantillon des 12-19 ans Proxy=2 % Collecte 12 mois	<u>Contenu commun</u> : Santé globale; Problèmes chroniques; Incapacité; Blessures; Habitudes de vie; Comportements préventifs; Allaitement maternel; Utilisation des services <u>Contenu optionnel</u> : les plus fréquents par région : Dépression; Stress au travail; Conduite automobile et alcool; Soutien social, etc. (Béland, 2002)
N= 30 386 (QRI) N= 20 773 (QAA) Tx R : QRI= 82 % QAA= 69 %	IPAO Tous les individus des ménages sélectionnés QAA (15 ans et plus) QRI = env. 60 min. QAA= 241 questions	Énumération et échantillonnage des logements; Collecte en 4 vagues; Plusieurs enquêtes satellites	Habitudes de vie; Comportements préventifs; Perception de sa santé et problèmes de santé; Santé mentale et suicide; Incapacité; Recours aux services sociaux et de santé; Médicaments; Familles; Santé au travail; Soutien social
N= 36 892 Tx R : 70,3 %	ITAO surtout, quelques entrevues face à face General file (répondant du ménage); Health File (répondant au hasard)	Sur-échantillon de l'ENSP; ayant accepté le partage 94,5 %; GANT (Voir ENSP)	État de santé; Problèmes de santé; Habitudes de vie; Utilisation des services de santé; Incapacité; Déterminants de santé; Poids, taille; Blessures
N= 3 227 Tx R : entrevue à domicile 72 %, visite clinique 59 %	QRI et mesures physiques par infirmières : poids, taille, tour de taille et de hanches, TA, prise de sang (cholestérol)	Échantillon représentatif stratifié (4 régions sociosanitaires âge et sexe). 3 % des répondants exclus (incapables de répondre pour raisons de santé, femmes enceintes ou allaitantes). Collecte mars-novembre 1995. QRI 56 pages, moyenne 1.5 heure. Visite de l'infirmière : QRI + TA. Visite clinique : TA, poids, taille, tour de taille et de hanches, interview structuré (sur vidéo) sur les comportements associés aux MCV.	Santé ; Problèmes de santé chronique (diabète) ; Incapacité ; Habitudes de vie ; Comportements préventifs ; Mesures poids, taille, cholestérol, tension artérielle ; Risque de maladies cardiovasculaires ; Dépression ; Aidants naturels; Contrôle de la tension artérielle ; Variables psychologiques, stress, hostilité
Approx. 41 000 ménages 107 000 personnes En 2004, 36 579 ménages, 94 460 personnes Tx R : Ménage : 86,9 % Tx R : final : Adultes : 72,5 % Enfants (0-17 ans) 79,4 %.	- IPAO depuis 1996 - Depuis 1997, questionnaire à 3 modules : 1) Le module de base <i>Core Questionnaire</i> est assez stable d'années en années. Trois parties : a) <i>Family Core</i> (tous les membres du ménage présents y répondent) ; b) <i>Sample Adult Core</i> (un adulte choisi aléatoirement) ; c) <i>Sample Child Core</i> (un enfant choisi aléatoirement). 2) Le module périodique <i>Periodic Module</i> approfondit un des sujets de base variable selon l'enquête. 3) Le module spécifique <i>Topical Module</i> : enquête spécifique variable selon l'enquête.	1995-2004 Redesign de l'échantillonnage chaque 10 ans : Échantillon partitionné (4 panels) pour autres enquêtes futures. Base de sondage aréolaire des logements du recensement 1990, mis à jour avec les permis de bâtir. Sur-échantillonnage de la population noire ou hispanique. Augmentation de la capacité potentielle d'estimation au niveau des états. Plan d'échantillonnage à plusieurs degrés. Étalement de la collecte sur 12 mois.	Caractéristiques socioéconomiques ; Informations pour lien avec bases administratives ; Santé perçue ; Problèmes de santé ; Limitations d'activités ; Blessures ; Utilisation et accès aux services de santé (visites, hospitalisation); Assurances; Comportements liés à la santé ; Habitudes de vie ; Dépistage du HIV ; Vaccination ; Poids-taille rapportés ; Besoin d'aide ; Détresse psychologique ; Dentition; Journées d'incapacité

.../suite du tableau à la page suivante

Tableau C.1

Enquêtes transversales générales auprès de la population, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
États-Unis	State and Local Area Integrated Telephone Survey (SLAITS)	National Center for Health Statistics (NCHS)	(1997 à 2000 : 3 études pilotes) 2000, 2002, 2003, 2004, 2005 Potentiellement annuelle	États-Unis, États, Niveau Local : 28 régions métropolitaines	Selon l'enquête
États-Unis	Behavioral Risk Factors Surveillance System (BRFSS)	Center for Disease Control and Prevention (CDC)	Initiée en 1984. Depuis 1994, tous les états américains. Annuelle, 2004*	États-Unis, États, Niveau local dans certains états (98 <i>metropolitan and micropolitan area</i>)	Population de 18 ans et plus à domicile
France	Baromètre santé 2000	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	Depuis 1992, série d'enquêtes répétées mais consacrées à des thèmes ou populations différentes	France et 5 régions ayant acheté des sur-échantillons (Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes)	Personnes de 12 à 75 ans sur les listes téléphoniques et parlant français
France	Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux	Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)	Décennale depuis 1960 : 1960, 1970, 1980-1981, 1991-1992 2002/2003*	France 5 régions (PACA, Nord-Pas-de-Calais, ILDF, Champagne-Ardenne et Picardie)	Personnes de tous âges des ménages ordinaires
France	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) – Volet Santé	Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)	Annuelle (trimestrielle pour la partie sociale ; variable pour la santé) Mai 2001, Mai 1999	France	Personnes de 15 ans et plus à domicile
France	Enquête Santé et Protection sociale (ESPS)	Institut de recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)	Annuelle de 1988 à 1998, 2000, 2002, 2004, 2006	France métropolitaine	Ménages comportant au moins un assuré de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes et de la Mutualité sociale agricole

Tableau C.1

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Selon l'enquête et ses objectifs	ITAO Instrument selon l'enquête	GANT A partir de l'échantillon du NIS (National Immunization Survey)	Selon l'enquête, reprend des questions des grandes enquêtes nationales sur le sujet
Env. 150 000 ; Est passé de 2 000 à 4 000 (en 2004) personnes par état N= 13 685 personnes (Les enquêtes précédentes avaient de petits échantillons, env. 2 000 personnes) Tx R : 70 %	ITAO Questionnaire en 3 parties : <i>Core component</i> (commun à tous les états, contenu fixe + sujets en rotation + sujets émergents) ; <i>Optional modules</i> (20 modules au choix de l'état, ex. arthrite, santé des femmes, santé cardiovasculaire) ; <i>State-added questions</i> (Choix de questions développées par chaque état). Certains sujets en rotation tous les 2 ans (année impaire : HTA, blessures, cholestérol, etc. ; années paires : consommation de fruits et de légumes, contrôle du poids, etc.) ITAO Durée : 34 minutes.	Échantillon stratifié non proportionnel ; Base listes téléphoniques ; un adulte par ménage ; échantillon partitionné (questions différentes) ; Durée : 10 minutes <i>Core Questionnaire</i> + 5-10 minutes autres modules selon les états ; collecte mensuelle présentée par année. Couverture téléphonique 95% mais variable entre les états ; données pondérées mais pas de méthode de compensation directe pour la non-couverture téléphonique. Sondage à 2 degrés à probabilités inégales. Base listes (annuaire et liste rouge). Une personne par ménage. Collecte à période fixe	<i>Core Component</i> : Santé perçue ; Problèmes de santé (diabète, SIDA-HIV) ; Qualité de vie ; Comportements liés à la santé ; Environnement ; Santé dentaire ; Assurances ; Accès aux soins ; Examen de routine ; Incapacité ; Immunisation ; Comportements préventifs et dépistage du cancer ; Exposition au soleil ; Planification des naissances ; Armes à feu. Perception de la santé et environnement ; Qualité de vie ; Activité sportive ; Vaccination ; Poids et conduites alimentaires ; Habitudes de vie ; Suicide ; Violence ; Sexualité et contraception, MTS ; Douleur ; Consommation de soins et de médicaments ; Dépistage des cancers ; Accidents.
13 617 ménages, soit 32 933 individus ; 86 % des individus ont participé aux 3 visites	CAPI 3 visites à domicile ; Auto-questionnaire ; usage de codes-barres pour le relevé des médicaments ; Carnet de soins	Collecte annuelle sur 5 vagues ; Base : adresses tirées du recensement + nouveaux logements ; Proxy pour enfants et cas rares (inaptes, absents pour raison de santé)	Santé perçue ; SF36 ; Problèmes de santé chroniques et dentaire ; Déficiences et incapacité ; Journées d'incapacité et alitement ; Limitations dans les activités de la vie quotidienne ; Accidents ; Assurances ; Utilisation des services de santé (visites, hospitalisations, soins dentaires, soins paramédicaux, examens biologiques) ; Vaccination ; Médicaments ; Poids, taille ; Activité physique ; Alimentation ; Alcool, tabac ; Comportement préventif et dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) ; Conditions de travail.
Environ 11 000 individus, mais 5 200 pour le volet santé (mai 2001). En 1999, 5 780 ménages, 10 987 individus.	Face à face IPAO Partie fixe (indicateurs sociaux) et partie variable Environ 30-35 minutes.	Dans chaque ménage 3 individus de 15 ans et plus, aléatoirement (en 1999).	Santé perçue ; Suivi médical régulier ; Mobilité ; Habitudes alimentaires ; Habitudes de vie ; Poids ; Stress et bien-être moral ; Recours aux services ; Médicaments.
En 2002, 18 190 assurés tirés TX R : 41 %	Questionnaire ménage administré par téléphone (CATI) ; un questionnaire individuel et un carnet de soins envoyés par la poste (autoadministrés).	Échantillons représentatifs des bénéficiaires des trois principales caisses de Sécurité sociale selon des critères d'inclusion. Une année donnée, la moitié des assurés appartenant aux échantillons est sollicitée ainsi que l'ensemble des membres de leur ménage.	Problèmes de santé ; Comportements à risque ou prévention (alcool, tabac etc.) ; Médicaments ; Protection sociale ; Services sociaux ; Utilisation des services ; Recours au personnel de la santé ; Soins hospitaliers ; Non-utilisation des services ; Qualité des services ; Satisfaction

.../suite du tableau à la page suivante

Tableau C.1

Enquêtes transversales générales auprès de la population, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Grande Bretagne	General Household Survey (GHS)	Office for National Statistics	Continue depuis 1971 (sauf en 1997-1998 et 1999-2000) 2003-2004*	Grande-Bretagne ; Certains résultats disponibles : Angleterre (9 <i>government office regions</i>), Écosse, Pays de Galles	Population de 16 ans et plus à domicile (et quelques informations sur les enfants)
Angleterre	Health Survey for England (HSE)	National Centre for Social Research	Annuelle Depuis 1991, 2003*	Angleterre et 9 régions (<i>government office regions</i>)	Population en ménage privé de tous âges depuis 2001 (1991-1995 : 16 ans et plus ; 1995-2000 : 2 ans et plus)
Écosse	Scottish Health Survey	National Centre for Social Research	Aux 3 ans : 1995, 1998*, 2001	Écosse; 7 régions définies pour l'enquête (regroupement de 2-3 <i>Health Board area</i> contiguës)	Population de 2 à 74 ans vivant à domicile

Tableau C.1

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
10 283 ménages et 24 489 personnes TxR = 70 %	IPAO (+ quelques ITAO pour proxy et absents) Questionnaire ménage (répondant ménage) et individuel (tous les 16 ans et plus)	Base de sondage: <i>Postcode Address File</i> Stratifié à 2 degrés : tous les 16 ans et plus. Collecte continue	<i>Continuous Survey</i> : Contenu général et social : fertilité, famille, habitation, biens durables, migration, etc. Contenu santé : État de santé, problèmes de santé, tabac, alcool, utilisation de services, hospitalisations. <i>Trailers</i> : loisirs, contraception, audition (2002-2003), aidants (2000).
En 2003 : 8 867 ménages et 18 553 individus. TxR : Entrevue : 16 ans et plus 66 %, enfants 73 % Visite de l'infirmière : 16 ans et plus 51 %, enfants 56 % Sang : 16 ans et plus 38 %	IPAO : Interview par un intervieweur + visite d'une infirmière. A. Visite de l'intervieweur : Questionnaire sur le ménage (répondant du ménage); Questionnaire individuel (tous les adultes et échantillon d'enfants) et QAA (4 versions selon l'âge); Mesure poids, taille (2 ans +) B. Visite de l'infirmière : Questionnaire (médication, vaccination); Tension artérielle (5 ans+); Tour de taille, hanches (16 ans +); Longueur des bébés (6 semaines- moins de 2 ans); Sang (16 ans +); Salive (4-15 ans). C. Visite longue (1/6 de l'échantillon) : Salive et urine (16 ans+); Sang à jeun (35 ans+); QAA habitudes alimentaires (16 ans +)	Plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés Base de sondage: <i>Postcode Address File</i> , couverture 99 %. Tous les adultes du ménages et au plus 2 enfants aléatoirement. 13 ans et plus interviewés en personne. QAA pour les 8-12 ans (certains sujets). Collecte sur 12 mois. La pondération des données pour la non-réponse n'a été effectuée qu'à partir de 2003.	Visite de l'intervieweur : Santé globale; Problèmes de santé; Limitations; Fractures; MCV; Utilisation de services; <i>Rose Angina Questionnaire</i> ; Habitudes de vie; Consommation de fruits et légumes; Santé des parents; Poids, taille; Santé psychologique; Soutien social; Capital social; Sécurité à bicyclette; Contraceptifs, hormonothérapie, grossesse. Visite de l'infirmière : Médicaments et vitamines; Succédané à la nicotine; Vaccination; TA; Tour de taille, hanches; Prise de sang (16 ans + HDL-cholestérol, fibrinogène, protéine C-réactive et hémoglobine glyquée); Salive (cotinine : exposition récente des 4-15 ans à la fumée de cigarette); Échantillon de salive et d'urine (16 ans + : sodium alimentaire); Sang à jeun (35 ans + : triglycérides, LDL-cholestérol, glucose).
9 093 ménages ; 9 047 personnes 16-74 ans et 3 892 enfants 2-15 ans TxR : Interview : 76 % et 75 % (adultes et enfants) Visite de l'infirmière : 63 %, 62 %	IPAO : Interview par un intervieweur + visite d'une infirmière. A. Visite de l'intervieweur : Questionnaire sur le ménage (répondant du ménage); Questionnaire individuel (1 adulte et 1-2 enfants aléatoirement) et QAA (4 versions : adultes, 16-17 ans, 13-15 ans, 8-12 ans); Mesure poids, taille (2-74 ans) B. Visite de l'infirmière : Questionnaire (médication, succédané à la nicotine, gastro-entérite). Tension artérielle; Fonction pulmonaire; Tour de taille, hanches, bras; Sang; Salive (4 ans +).	Plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés Base de sondage: <i>Postcode Address File</i> Un adulte du ménage et au plus 2 enfants aléatoirement 13 ans et plus interviewés en personne. QAA pour les 8-12 ans (certains sujets) Collecte sur 12 mois Données pondérées	Visite de l'intervieweur : Santé globale; Problèmes de santé : Problèmes respiratoires, cardiovasculaires; Médication; Recours aux services; Incontinence; Habitudes de vie; GHQ12; Santé dentaire; Contraception et HRT; Poids taille; Histoire parentale. Visite de l'infirmière : Médication; Empoisonnement alimentaire; Circonférence du bras, demi-envergure; TA (5 ans +); Fonctions respiratoires (7 ans +); Échantillon sanguin (11 ans +): hémoglobine, ferritine, fibrinogène, cholestérol, protéine C-réactive, gamma GT ⁴¹ , cotinine (et plomb chez les enfants), vitamines A, C, E, caroténoïdes; Échantillon de salive (4 ans +).

.../suite du tableau à la page suivante

41. L'augmentation des Gamma GT (Gamma-glutamylOtranspeptidase) est considérée comme un signe fiable d'intoxication alcoolique.

Tableau C.1

Enquêtes transversales générales auprès de la population, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Pays de Galles	Welsh Health Survey	National Assembly of Wales	2003-2005	Pays de Galles Certains résultats par <i>Unitary authority area</i> (22)	Adultes et enfants
Australie	National Health Survey (NHS-G)	Australian Bureau of Statistics	Environ aux 5 ans Depuis 1997, 2001*, 2004-2005	Australie 8 états et territoires Capitale de chaque état (vs reste de l'état) Certains estimés pour régions des états les plus peuplés	Population de tous âges à domicile (à l'exclusion des régions faiblement habitées)
Nouvelle-Zélande	New Zealand Health Survey	Statistics New Zealand	1992-1993, 1996-1997, 2002-2003*	Nouvelle-Zélande	Population de 15 ans et plus à domicile + Volet en établissements
Multinationale	World Health Survey (WHS)	Organisation mondiale de la santé	2002	Soixante-dix pays dont : France, Royaume-Uni, Australie	Population de 18 ans et plus à domicile
Multinationale	Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé (ECCES)	Statistique Canada et NCHS	Unique 2002-2003	Canada ; États-Unis Aucune estimation par état ou province.	Population de 18 ans et plus à domicile

Tableau C.1

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Échantillon visé 30 000 adultes et 7 500 enfants (minimum 1 200 par <i>local authority</i>)	Entrevue ménage face à face (15 minutes). QAA chaque adulte (16 ans +) du ménage	Base de sondage : <i>Postcode Address File</i> Collecte continue sur une période de 2 ans (oct. 2003- sept. 2005).	Santé globale ; Problèmes de santé, bien-être ; Comportement liés à la santé ; Utilisation des services de santé ; Médicaments
17 918 ménages 26 863 personnes Tx R des ménages : 92 %	Entrevue face à face + QAA 1) Questionnaire sur la composition du ménage (répondant du ménage) 2) Questionnaire d'entrevue auprès des adultes 3) Questionnaire d'entrevue sur les enfants (adulte répondant) 4) QAA sur la santé des femmes (femmes 18 ans +). Total 45 min.	Plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés Dans chaque ménage : 1 adulte (18 ans +) ; tous les 0-6 ans ; 1 enfant 7-17 ans. Collecte sur 10 mois d'énumération Proxy 1 %	Santé globale ; Problèmes de santé ; Blessures ; Habitudes de vie ; TA et cholestérol déclarés ; Comportements liés à la santé ; Utilisation de services de santé (consultations et hospitalisations) ; Santé mentale ; Questionnaire sur la santé des femmes.
Domicile : 12 929 personnes de 15 ans et plus Tx R : 72 % Établissements de santé (ou personnes dépendantes de ces établissements) : 1 076 résidents de 15 ans et plus Tx R : 88 %	Entrevue face à face Proxy seulement pour les répondants en établissements Durée médiane : À domicile : 60 minutes ; en établissements : 50 minutes	À domicile : Aréolaire à plusieurs degrés ; Une personne par ménage ; Sur-échantillonnage de certains groupes ethniques. Établissements: Listes d'établissements ; Stratifié.	Santé globale ; Problèmes de santé chronique ; Incapacité, autonomie; Utilisation de services de santé, satisfaction, accessibilité, besoins non comblés, hospitalisations ; HTA et cholestérol rapportés ; Habitudes de vie ; Jeu de hasard; Fonctionnement social ; Médication.
Probablement variable selon les pays Lignes directrices de l'OMS N= 5 000 et plus par pays	Au choix selon le pays : Face à face surtout, IPAO ou ITAO dans certains sites ; Questionnaires du ménage et individuel ; Modules au choix des pays. 90 minutes (Version téléphonique abrégée)	Lignes directrices de l'OMS pour l'échantillonnage (probabiliste et couverture)	État de santé globale ; Problèmes de santé ; Facteurs de risque (tabac, alcool, pollution, etc.) ; Couverture, accès et utilisation de services de santé (vaccination, MTS et VIH, traitement des maladies infantiles, etc.) ; Réponse du système de soins aux attentes de population ; Dépenses des ménages pour les soins de santé.
Canada : N= 3 505 Tx R= 66 % États-Unis : N= 5 183 Tx R= 50 %	ITAO Canada : français, anglais États-Unis: anglais, espagnol 30 minutes	Méthode identique dans les 2 pays ; Échantillon stratifié (4 régions aux États-Unis, provinces au Canada) proportionnel ; sur-échantillon des 65 ans et plus ; GANT ; un adulte par ménage Proxy Collecte Statistique Canada Novembre – juin 2002	Indicateurs de l'état de santé ; Satisfaction des usagers ; Évaluation de la qualité des services ; Accès aux soins et services ; Besoins non comblés en matière de soins ; Délai d'attente ; Médicaments ; Assurances et modes de paiement.

Tableau C.2

Enquêtes transversales générales auprès de populations spécifiques, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Québec	Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999	Institut de la statistique du Québec	Unique 1998-1999	Montréal-Centre, Laval et Montérégie	Population des communautés culturelles de 18 ans + et leurs enfants - Ayant immigré entre 1988 et 1997 - Résidant de Montréal-Centre, Laval, Montérégie et - Nés en 1) Chine, Hong Kong, Taïwan, Macao 2) Haïti 3) Pays arabophones d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient 4) Pays hispanophones des Amériques
Québec	Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec 1998-1999	Institut de la statistique du Québec	Unique 1998-1999	Montréal-Centre et Québec	Personnes itinérantes ayant fréquenté (durant la période d'enquête) les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour recevant des personnes itinérantes dans les régions de Montréal-Centre et de la Communauté-Urbaine-de-Québec
Québec	Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999	Institut de la statistique du Québec	Unique 1999	Québec	Jeunes âgés de 9,13 et 16 ans au 31 mars 1999 (certaines exclusions : jeunes fréquentant : école hors du réseau québécois, école autochtone, école de certaines villes excentriques ou école ayant 50 % et plus d'enfants handicapés) Sont inclus les jeunes de 16 ans ne fréquentant plus l'école.
Colombie-Britannique	2003 Adolescent Health Survey III (AHS – III)	The McCreary Center Society	1992, 1998, 2003*	Colombie-Britannique et 16 régions sociosanitaires (<i>Health Service Delivery Areas</i>) En 1992 et 1998, 8 régions (geographic areas)	Élèves des écoles secondaires de 7 ^e à 12 ^e année. En 2003, écoles publiques seulement ; en 1992 et 1998 écoles publiques et indépendantes
États-Unis	National Survey of Children's Health 2003 (NSCH)	National Center for Health Statistics (NCHS)	2003	États-Unis 50 états et District de Columbia	Enfants (0-17 ans)

Tableau C.2

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
N= 4 162 personnes Tx R pondéré QRI = 53,6 %, QAA = 34 %	- Face à face et QAA -QRI (tous les membres du ménage) et QAA (15 ans +) - Entrevues en chinois (cantonais ou mandarin), créole, arabe, espagnol	- Base de sondage : fichier du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et adresse la plus récente de la Régie de l'assurance maladie du Québec. - Novembre 1998 - août 1999	Tabac ; Alimentation ; Poids ; Activité physique ; Dépistage cancer ; Santé perçue ; Problèmes de santé ; Traumatismes ; Santé dentaire ; Santé mentale ; Utilisation de services ; Médicaments ; Soutien social ; Travail ; Spiritualité
N= 757 Tx R =71,5 % Tx R : Montréal = 76,5 % Québec = 62,9 %	Entrevue face à face Rapport de visite ; Questionnaire de sélection et questionnaire d'entrevue ; Opinion et observation de l'intervieweur Durée : 1 h 50	- Plan de sondage stratifié à 2 degrés, basé sur un dénombrement récent de la population fréquentant les centres visés - Décembre 1998 - août 1999	Instabilité résidentielle ; Santé physique ; Santé bucco-dentaire ; Drogues et alcool ; Utilisation des services de santé physique et de santé mentale ; Santé mentale ; Habitudes de vie ; Problèmes judiciaires ; Événements stressants ; Soutien social
N= 3 665 jeunes Tx R 9 ans = 83,4 % 13 ans = 79,2 % 16 ans = 74,5 % Tx R aux différents instruments et mesures fournis par âge Prise de Sang : 52 % à 59 % selon l'âge	Questionnaires papier (rempli en présence de l'intervieweur) aux enfants ou adolescents (16 ans hors école par la poste) (45-60 min.) Questionnaire au parent (45 min.) Questionnaire au directeur d'école. Mesures : poids, taille, tension artérielle, plis cutanés, prise de sang	- Base de sondage: Fichier des clientèles scolaires du ministère de l'Éducation de 1997-1998 et 1998-1999 - Plan stratifié à plusieurs degrés - Janvier - mai 1999	Milieu scolaire, milieu de garde, famille, quartier ; Interaction parent-enfant ; Soutien social ; Cigarettes ; Substances psychoactives ; Activité physique ; Emploi du temps ; Sexualité, alimentation ; Poids ; Facteurs de risque de MCV ; Médicaments ; Asthme et allergies ; Blessures ; Exposition au risque ; Santé mentale ; Violence ; Problèmes de comportement
N= 30 588 élèves Tx R =76 %	Questionnaire aux jeunes administré en classe (en présence d'un intervieweur) 140 questions ; 45 minutes	- Base : liste des écoles du ministère de l'Éducation - Échantillon stratifié - Collecte mars - juin 2003	Santé perçue ; Problèmes de santé ; Accidents ; Usage de tabac, alcool, drogues ; Poids ; Santé mentale ; Santé sexuelle ; Environnement social ; Vie familiale
N= 102 353 Tx R pondéré = 55,3 % (49,6 % à 64,4 %, selon les états)	ITAO - Anglais et espagnol -Durée médiane 22 minutes (ménages éligibles)	- Partie de SLAITS - Base : échantillon de la National Immunization Survey (NIS) - GANT - Parents répondant surtout - Un enfant par ménage - Janvier 2003 à Juillet 2004	Santé physique (problèmes de santé) ; Problèmes d'apprentissage, de comportement, de développement ; Santé mentale, bien-être émotif ; Qualité des services médicaux (soins et communication), accès et utilisation de services ; Vaccination ; Garde des enfants ; Fonctionnement familial ; Santé des parents ; Caractéristiques du voisinage

.../suite du tableau à la page suivante

Tableau C.2

Enquêtes transversales générales auprès de populations spécifiques, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
France	Enquête sur la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en France	DREES, DESCO, DEP, Institut de la veille sanitaire	Cycle de 3 ans, début en 1999* Nouveau cycle début 2003	France et régions (23 régions incluant les départements d'outre-mer DOM)	Cycle 1 : 1999 - 2000 : enfants de maternelle* Cycle 2 : 2000-2001 : Niveau 3 ^{ème} Cycle 3 : 2001-2002 : Cours moyen 2 ^e année (CM2)
France	Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds 2001	Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)	Unique 2001	Agglomérations de plus de 20 000 habitants en France	Usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants.
Angleterre	Health Survey for England (HSE) 2002	National Centre for Social Research	2002	Angleterre et 9 régions	Population en ménage privé de tous âges et en particulier les enfants et les jeunes adultes (0-24 ans) et les mères d'enfants de moins d'un an
Australie	National Health Survey : Aboriginal and Torres Strait Islander 2001 (NHS-I)	Australian Bureau of Statistics	2001*, 2004-2005 Prévue aux 6 ans	Australie	Population autochtone (de zones éloignées ou concentrées) vivant en ménage privé Ménage indigène : où au moins un adulte de 18 ans et plus est d'origine aborigène ou du détroit de Torres

Tableau C.2

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Cycle 1 N= 30 000 enfants Cycle 2 N= 6 500 Cycle 3 N= 8 000 Tx R cycle 1 : 95 % examen et carnet de santé, 90 % présence des parents N= 4 084 personnes	Bilan de santé systématique fait par médecins et infirmières de l'Éducation nationale examen clinique, mesures anthropométriques, examen visuel, tests auditifs, examen dentaire, tests et évaluation du langage, état vaccinal selon le carnet de soins ; Questionnaire. Entrevues face à face	- Base de sondage : liste des écoles privées et publiques de France (et DOM) - Échantillon représentatif stratifié de 1 675 écoles - 15 janvier au 15 février 2001. - Enquête précédée d'un recensement des services d'hébergement et de distribution de repas dans 160 agglomérations (tirées au sort) de plus de 5 000 habitants. Le recensement général a été utilisé pour les agglomérations plus petites	Recours aux soins dentaires et optiques ; Vaccination ; Santé bucco-dentaire (caries) ; Poids et taille mesurés ; Problèmes respiratoires, troubles oculaires ou d'audition, troubles du langage Conditions de vie dans les services d'hébergement ; Difficultés d'accès au logement et aux droits sociaux ; Caractéristiques des usagers (lieu de naissance, nationalité) Événements difficiles dans l'enfance (placement, toxicomanie, violence familiale, problèmes de santé mentale dans la famille) ; Source de revenu ; Emploi actuel et passé ; Santé perçue, problèmes de santé chroniques, de vision, problèmes de santé mentale ; Séquelles de maladies ou d'accidents ; Consultations médicales et dentaires ; Hospitalisation ; Recours à l'aide ; Consommation d'alcool.
<u>Échantillon #1</u> : Sur-échantillon des 0-24 ans et des mères d'enfants de moins d'un an N = 8 067 de 0-15 ans et 3 625 de 16-24 ans ; Tx R : 0-15 ans 79 % interview, 67% visite infirmière Tx R : 16-24 ans : 67 % interview, 49 % visite infirmière <u>Échantillon #2</u> : Population générale Personnes de 16 ans et plus : N = 7 395 adultes Tx R : 67 % interview, 54 % visite infirmière	IPAO A) Visite de l'intervieweur : Questionnaire ménage (répondant du ménage) ; Questionnaire individuel QAA (5 versions : mères de bébés, 18 ans +, 16-17 ans, 13-15 ans, 8-12 ans) ; Mesures poids, taille (tous) B) Visite de l'infirmière : Questionnaire (médication, vaccination (0-1 an), taille à la naissance) ; Tension artérielle (5 ans +) ; Tour de taille et de hanches ; Longueur des bébés ; Fonction pulmonaire (7 ans +) ; Salive (4 ans +) Sang (11 ans +) (hémoglobine, ferritine, IgE acarides et de la poussière)	Base de sondage: <i>Postcode Address File</i> , couverture 99 % - Échantillon #1 Toutes les personnes 0-24 ans et les mères de bébés de moins d'un an. - Échantillon #2 Tous les membres du ménage. - Maximum 2 enfants par ménage (aléatoirement) (#1et #2) - 13 ans et + interviewés en personne. - Collecte sur 12 mois - Données pondérées	Santé globale ; Problèmes de santé ; Limitations ; Fractures ; Problèmes respiratoires ; Utilisation de services ; Services dentaires ; Santé maternelle ; Habitudes de vie ; Consommation de fruits et légumes ; Poids à la naissance ; Poids, taille ; Santé psychologique ; Soutien social ; Grossesse et contraception ; Médicaments et vitamines ; Succédané à la nicotine ; Vaccination ; TA ; Tour de taille et de hanches ; Prise de sang ; Salive
N= 3 681 (dont 2 727 dans les zones concentrées) Tx R des ménages : 89 % zones concentrées et 58 % zones éloignées	Face à face Questionnaires différents zones éloignées et concentrées 1) Q. ménage 2) Q. enfants ; 3) Dans zones éloignées Q. adultes incluant court module santé des femmes 4) dans les zones concentrées Q. adultes et supplément sur la santé des femmes (QAA) Zones éloignées : Q réduit d'environ 50 % - Collecte différente pour les zones éloignées (intervieweurs homme et femme et facilitateur autochtone)	- Plan stratifié à plusieurs degrés - Sélection 1 adulte et 2 enfants par ménage (1 enfant dans zones éloignées) - Ménages où au moins un adulte de 18 ans et plus, donc enfants autochtones seuls sous-représentés. - Février à novembre 2001	<u>Zones concentrées</u> : Même contenu que l'enquête NHS-G sauf santé mentale exclue. <u>Zones éloignées</u> : Utilisation de services (hospitalisation, visites, dentiste, autres professionnels) ; Habitudes de vie ; Vaccination ; Problèmes de santé ; Santé des femmes (dépistage, allaitement, contraception)

.../suite du tableau à la page suivante

Tableau C.2

Enquêtes transversales générales auprès de populations spécifiques, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Organisme responsable	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
International	Health Behavior in School-aged children (HBSC) 2001-2002 (Étude sur le comportement des jeunes au regard de la santé)	OMS - Europe	Depuis 1982 aux 4 ans (2001-2002*)	International 35 pays dont: Canada, États-Unis, France, Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande	11, 13, 15 ans fréquentant l'école

Tableau C.2

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
International : N= 162 306 Canada = 4 361 ; États-Unis= 5 025 ; France= 8 185 ; Angleterre = 6 081	QAA standardisé international + questions optionnelles sur certains sujets par pays	- Protocole international - Échantillon représentatif : grappes d'écoles ou de classes (selon les pays) - Échantillon d'environ 1 500 par âge, 4 500 par pays - Questionnaire anonyme administré en classe comme un examen (par personnel, infirmière ou professeur). - Automne 2001 à printemps 2002	Santé perçue ; Problèmes de santé ; Santé émotionnelle et psychologiques ; Aspects sociaux ; Relations familiales, avec les pairs ; Climat de l'école ; Habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, de cannabis, activité physique, habitudes alimentaires) ; Image corporelle ; Hygiène bucco-dentaire ; Violence entre jeunes ; Blessures ; Santé sexuelle ; Médication.

Tableau C.3A

Enquêtes transversales thématiques au Canada, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale	Association Médicale Canadienne et Collège des médecins de famille du Canada	1997, 2001	Canada : National	Personnel de la santé - Médecins de famille en pratique active en 1997 ; - Médecins de famille et omnipraticiens ayant un permis d'exercice au Canada en 2001
Sondage national auprès des médecins (SNM)	Association Médicale Canadienne et Collège des médecins de famille du Canada	Triennal à compter de 2004	Canada : National	Personnel de la santé ; Médecins de famille, omnipraticiens et spécialistes
Enquête sur l'accès aux services de santé	Statistique Canada	2001, 2003	Canada : National et Provincial	Personnes à domicile – 15 ans et plus
Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur la santé et les soins de santé autochtone	Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) / <i>National Aboriginal Health Organisation</i> (NAHO)	2002	Canada : National	Autochtones, premières nations; adultes (18 ans et plus); vivant dans ou près d'une réserve.
Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	2005	Canada : National et Provincial	Infirmiers et infirmières autorisés des provinces et territoires
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	Statistique Canada	2001	Canada : National et Provincial	Personnes à domicile de 15 ans et plus

Tableau C.3A

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
3 004 en 1997 (Tx R : 58 %) 14 319 en 2001 (Tx R : 51 %)	Enquête postale, méthode Dillman modifiée Questionnaire auto administré (QAA)	Base de sondage 1997, 2 sources : service de l'adhésion du Collège des médecins de famille du Canada et <i>Southam Medical Lists</i> ; échantillon stratifié en 9 régions; Base de sondage 2001 : liste d'envoi de International Marketing Service (IMS) – Health; tous les médecins avec permis d'exercice au Canada; collecte de février à mai 2001	Personnel de la santé; satisfaction au travail; Santé au travail; Accès aux soins et services; Soins de première ligne; Problèmes cliniques rencontrés; Types de services offerts
21 296 (36 %) en 2004 (Tx R : 36 %)	Enquête postale ou électronique Questionnaire auto administré (QAA), version pour médecins de famille et omnipraticiens, autre pour spécialistes (90 % des questions identiques)	Base de sondage : fichier maître de l'Association médicale canadienne; collecte avril à juin 2004	Personnel de la santé Satisfaction au travail; Domaines de spécialisation; Milieu de pratique; Accès des patients aux soins; Charge de travail; Changements de pratique
14 210 (81 %)	Entrevue assistée par ordinateur	Sous échantillon de l'ESCC; base de sondage de l'EPA; GANT en complément dans certaines régions; une personne par ménage; collecte en novembre - décembre 2001; depuis 2003, intégrée à l'ESCC	Qualité des services; Satisfaction des usagers; Accès aux soins et services; Attente pour des soins; Besoins non comblés en matière des soins de santé; Utilisation des services; Soins hospitaliers; Tests diagnostiques
1 209 personnes (488 hommes et 721 femmes de 18 ans et plus) ont répondu	Entrevue téléphonique	Information non disponible	Indicateurs d'état de santé; Qualité des services; Satisfaction des usagers; Information sur la disponibilité des services; Qualité des informations; Accès aux soins et services; Besoins non comblés en matière de soins de santé; Évaluation de la qualité des services
	Entrevue téléphonique de 30 minutes environ	Sélection aléatoire d'infirmiers et infirmières autorisés; collecte d'octobre à décembre 2005	Organisation des services; Personnel de la santé; infirmiers; Conditions de travail; Stress au travail; Santé des infirmiers; Santé au travail
36 984 (Tx R : 77 %)	Entrevue assistée par ordinateur, majoritairement en personne (IPAO) (ITAO : 14 %)	Cycle 1.2 de l'ESCC; base areolaire de l'Enquête sur la population active (EPA); plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés; une personne par ménage; collecte tout au long de l'année	Santé mentale; Indicateurs d'état de santé; Troubles mentaux; Consommation et dépendance à l'alcool; Consommation et dépendance aux drogues illicites; incapacités

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.3A

Enquêtes transversales thématiques au Canada 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Enquête sur la participation et les limitations d'activités	Statistique Canada	2001 ; occasionnelle	Canada : National et Provincial	Personnes de tout âge ayant des incapacités
Enquête nationale sur la couverture vaccinale	Santé Canada	Annuelle depuis 1994 (24-35 mois) ou 1997 (7 ans)	Canada : National	Enfants de 24-35 mois et de 7 ans
Enquête nationale sur la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe et l'hépatite B	Santé Canada	Annuelle depuis 2001	Canada : National	Personnel de la santé
Enquête sur l'expérience de la maternité	Santé Canada	Prévue en 2006 ; étude pilote en 2002	Canada : National	Nouvelles mères d'un enfant vivant
Enquête sur les avortements thérapeutiques	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Annuelle depuis 1969	Canada : National	Avortements provoqués dans hôpitaux ou cliniques ; inclut les avortements pratiqués auprès de Canadiennes dans certains états des États-Unis
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	Statistique Canada	Semestrielle depuis 1999	Canada : National et Provincial	Personnes de 15 ans ou plus
Enquête sur les toxicomanies au Canada	Santé Canada	2003-2004; sera répétée aux 3-5 ans	Canada : National	Personnes de 15 ans et plus
Enquête sur les Campus canadiens	Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) / Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)	2004; une fois	Canada : National	Étudiants universitaires à temps plein (1 ^{re} cycle) de 50 campus

Tableau C.3A

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
43 276, dont 42 485 en ménage privé et 791 en ménage collectif (non institutionnel); (82,5 %)	Entrevue téléphonique, questionnaire papier et crayon rempli par l'intervieweur; parfois par procuration	Enquête post-censitaire: sélection de l'échantillon par deux questions du recensement; collecte automne 2001; plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés Information non disponible	Indicateurs d'incapacité; Accès aux services de santé; Médicaments; Incapacités; Difficultés d'apprentissage; Limitations d'activités Vaccination contre huit maladies
300 (Tx R : 86 %), étude pilote; 6 400 prévu dans l'étude principale	Questionnaire de 274 questions; ITAO	Étude pilote automne 2002; fait partie du programme Système canadien de surveillance périnatale (SCSP); recensement 2006 sert de base de sondage de l'étude principale; collecte prévue automne 2006	Grossesses; Naissances; Santé périnatale; Troubles mentaux; Facteurs de risque; Consommation d'alcool ou de drogue pendant la grossesse; Consommation et dépendance à l'alcool et aux drogues illicites; Exposition à la violence pendant la grossesse;
105 535 avortements en 2002	Fichiers administratifs et questionnaire postal auto administré (QAA) envoyé aux administrateurs	Recensement avec plan transversal	Grossesses; Grossesses chez les adolescentes; Avortements provoqués; Interventions chirurgicales;
20 275 en 2004 (ménages: 83 %, personnes: 87,6 %)	Entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO)	Collecte presque continue, 1er cycle février - juin, 2 ^e cycle juillet - décembre; GANT; sélection en 2 phases: ménage et de 1 ou 2 personnes, sur échantillon des 15-24 ans; quelques questions suppl. en vue d'assurer une comparabilité internationale	État de santé; Comportement social; Facteurs de risque; Usage du tabac;
13 909 personnes	Entrevue téléphonique	Sélection aléatoire de numéros de téléphones; collecte de décembre 2003 à avril 2004	Consommation et dépendance aux drogues illicites
6 282 de 40 universités (Tx R : des universités, 63 %)	QAA postal ou en ligne (61 questions)	Collecte en mars - avril 2004	Consommation et dépendance drogues illicites; Alcool consommation; Consommation et dépendance alcool; Jeux de hasard

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.3A

Enquêtes transversales thématiques au Canada 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Enquête sur le tabagisme chez les jeunes	Statistique Canada	2002, 2004-2005 ; irrégulière	Canada : National et Provincial	Élèves de la 5 ^e à la 9 ^e année (Qué. 5 ^e et 6 ^e primaire, 1 ^{re} à 3 ^e secondaire)
Sondage indicateur de l'activité physique	Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie	Annuel depuis 1997; irrégulier de 1981 à 1996	Canada : National	15 ans et plus
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition	Statistique Canada	2004	Canada : National et Provincial	Population de tous âges à domicile
Tracking Nutrition Trends Survey	Institut national de nutrition ; Conseil canadien des aliments et de la nutrition	1989, 1994, 1997, 2001, 2004	Canada : National	Adultes de 18 ans et plus
Enquête sur l'exposition au soleil	Statistique Canada	1996 ; unique	Canada : National	Personnes à domicile – 15 ans et plus
Enquête sociale générale	Statistique Canada	Annuelle depuis 1985 ; cycle 18 en 2004	Canada : National et Provincial	Population de 15 ans et plus (45 ans et plus, cycle 16)
Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation	Statistique Canada	1987, 1997, 2000	Canada : National et Provincial	Personnes à domicile de 15 ans et plus

Tableau C.3A

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Environ 19 000 dans 1 070 classes de 982 écoles (82 %)	QAA en classe et entrevue téléphonique auprès des parents	Plan de sondage en grappes stratifiées à deux degrés; collecte d'octobre à décembre 2002	Facteurs de risque; Enfants; Adolescents; Usage du tabac, d'alcool et de drogues chez les jeunes; Conditions sociales et économiques; Vie familiale; Expériences à l'école
7 890 personnes en 2003 (51 %)	Entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO)	GANT; collecte tout au long de l'année	Activité physique; Personnes sédentaires; Comportements préventifs; Facteurs de risque
35 107 (76,5 %) (63 % poids, taille) 2 ^e rappel: 10 786 (72,8 %)	Entrevue assistée par ordinateur (en personne le plus souvent) de 60 minutes, incluant le rappel alimentaire 24 heures; mesures anthropométriques	Cycle 2.2 de l'ESCC; base areolaire de l'Enquête sur la population active (EPA) principalement; aussi, liste de logements et registres de santé; plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés; une personne par ménage; collecte tout au long de l'année	Nutrition; Comportements préventifs; Habitudes de l'alimentation; Facteurs de risque; Obésité; Surpoids; Indice de masse corporelle (IMC); Insécurité alimentaire; Pauvreté; Conditions sociales et économiques; Conditions de vie
2 405 (2004)	3 premiers cycles, entrevues en personne; depuis 2001, par téléphone (ITAO); durée de 20 minutes; questions-clés répétées chaque cycle	GANT; collecte: période variable chaque cycle; pondéré par âge-sexe-région; précision $\pm 2,0$ %	Nutrition; Comportements préventifs; Habitudes alimentaires; Connaissances
4 023 répondants sur 5 847 ménages	Entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO)	Collecte en septembre - octobre 1996; GANT (élimination des banques non valides); une personne par ménage	Facteurs de risque Cancer Exposition au soleil; Comportements préventifs; Connaissances, attitudes et opinions des personnes; Impact de la sensibilisation du public
1985 à 1998: environ 10 000; depuis 1999 : environ 25 000 (Tx R : autour de 80 %)	Entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO) de 30 à 45 minutes; cycles récents incluent questions qualitatives	Série d'enquêtes sur les tendances sociales dont les thèmes reviennent aux 5 ou 6 ans; thématiques principale et particulières; diverses méthodes de GANT; collecte de données s'étend sur 11 mois;	Cycles 1, 6: santé; Cycles 3, 8, 13, 18: risques auxquels est exposée une personne (victimisation); Cycles 5, 11 : Entraide et soutien social; Cycle 16 : Soutien social et vieillissement; Cycle 17 : Capital social
14 724 en 2000 (Tx R : 63,2 %)	Entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO)	Supplément à l'Enquête sur la population active	Participation aux activités communautaires ou organismes sans but lucratif; don d'argent; bénévolat

Tableau C.3B

Enquêtes transversales thématiques dans les provinces canadiennes, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Info-Santé CLSC : L'accessibilité, la qualité et l'efficacité reconnus	Hagan, L.	1997, unique	Canada: Québec	Population générale: personnes qui ont fait des appels au service Info Santé au cours de l'année 1997
La connaissance du service téléphonique Info Santé CLSC chez les usagers des services d'urgence	Lafrance, M.	1997-1998, unique	Canada: Québec	Adultes dans les salles d'attente de l'urgence dont l'état était considéré par l'infirmière comme non urgent
Sondage sur la satisfaction des clientèles des hôpitaux et les clientèles des CLSC	MSSS: Santé et Services sociaux Québec	2001-2002, unique	Canada: Québec	Personnes de 14 ans et plus ayant été hospitalisées entre mai 2001 et avril 2002, et auprès des personnes ayant eu recours au CLSC (12 derniers mois)
Profil des médecins du réseau public en santé au travail	Comité sur les effectifs médicaux en santé au travail	1994-1995, unique	Canada: Québec	Personnel de la santé; médecins du réseau public ouvrant en santé au travail, coordonnateurs des équipes locales en CLSC et coordonnateurs régionaux dans les directions de santé publique
Enquête sur les services de pastorale dans les établissements de santé et de services sociaux	MSSS: Santé et Services sociaux Québec	2001, unique	Canada: Québec	Administrateurs; personnel des services de pastorale
Enquête québécoise sur les limitations d'activités	ISQ: Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	1998	Canada: Québec et 16 régions socio sanitaires	Enfants et adultes ayant une incapacité
Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque	ISQ: Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	Bisannuelle depuis 2002	Canada: Québec et pour l'influenza, 16 régions socio sanitaires	Personnes de 50 ans et plus vivant en ménage privé

Tableau C.3B

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
4 705 personnes (dont 4 696 analysées)	Entrevue téléphonique les 48 à 120 heures après que les personnes interviewées ont fait appel au service Info Santé		Qualité des services; Satisfaction des usagers; Utilisation des services; Services téléphoniques; Info Santé
Taux de refus 55, 6% (urgence) et 36,6 % (clinique)	Entrevue structurée de 15 minutes en face à face auprès d'adultes dans les salles d'attente de l'urgence	Collecte entre novembre 1997 et juin 1998	Utilisation des services; Non utilisation des services; Organisation des services; Services téléphoniques Info Santé; Satisfaction des usagers; Accès aux soins et services; Information sur la disponibilité des services
102 établissements de santé, 34 734 entrevues complétées (Tx R : 42, 9%); 143 CLSC, 43 316 personnes (Tx R : 56 %)	Entrevue téléphonique		Accès aux soins et services; Évaluation de la qualité des services par des usagers; Droits et dignité de la personne, respect; Qualité des services; Qualité des informations; Traitement des plaintes; Continuité des services; Satisfaction des usagers
125 médecins (Tx R : 81,2 %); 63 coordonnateurs locaux (90 %); 15 coordonnateurs régionaux (100 %)	Enquête postale, Questionnaire auto administré (QAA)		Santé au travail; Organisation des services
405 établissements (Tx R : 63 %)	Enquête postale, Questionnaire auto administré (QAA)		Hôpitaux; Établissements sanitaires; Services de pastorale; Services sociaux; Spiritualité
4 015 personnes (469 personnes 0-14 ans, 3 546 de 15 ans et plus); Tx R : 80 % à la sélection, 75,6 % au suivi	Questionnaires de sélection (enfants, adultes) ; questionnaires de suivi (enfants, adultes); IPAO (grande majorité) ou ITAO	Plan et base de sondage de l'Enquête sociale et de santé 1998 (enquête générale); sélection à partir de l'ESS; collecte réalisée au cours de 12 mois; comparable à des enquêtes de Statistique Canada de 1986 et 1991; toutes les personnes du ménage sont visées	Santé mentale; Troubles mentaux; Déresse; Idées suicidaires; Utilisation des services; Consommation des médicaments; Indicateurs d'état de santé; Limitations d'activités; Incapacité à longue durée; Établissements de soins de santé Gravité d'incapacité Limitations d'activité; Besoins d'aide; Activités de la vie quotidienne; Désavantage
3 623 répondants pour 5 507 personnes en 2004, Tx R : 67,5 %	ITAO de 3,7 minutes	GANT; collecte en mars - avril 2004	Habitudes de vie/ Comportements préventifs; Vaccination

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.3B

Enquêtes transversales thématiques au Canada 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans	Direction de la santé publique, Montréal-Centre	1994-1995, unique	Canada : Québec	Adultes de 35 à 44 ans
Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	1998, unique	Canada : Québec	Personnes de 15 ans et plus; sur échantillon des 15-24 ans et 65 ans et plus
Enquête sur le port du casque de sécurité	SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec	Annuelle de 1993 à 2000; bisannuelle de 2000 à 2004	Canada : Québec et 13 régions administratives (à l'exclusion de l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord; le Nord-du-Québec et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine)	Cyclistes et patineurs (tous âges) qui circulent sur divers sites au Québec (milieu urbain, parcs, bandes et pistes cyclables, routes numérotées)
Enquête provinciale sur l'herbe à poux: implication du milieu municipal en 2003	Table québécoise sur l'herbe à poux	2001, 2004	Canada : Québec	Gestionnaires municipaux
La violence envers les conjointes dans les couples québécois	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	1998, unique	Canada : Québec	Femmes de 18 ans et plus vivant ou ayant vécu en couple hétérosexuel au moins 2 mois au cours des 12 derniers mois;
Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans	Direction de la santé publique, Montréal-Centre	1997-1998	Canada : Québec	Élèves en école primaire âgés de 5-8 ans
Étude sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et de 13-14 ans	Direction de la santé publique, Montréal-Centre	1989-1990; 1996-1997	Canada : Québec	Enfants; adolescents, élèves en école secondaire
Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. Volet nutrition	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	1999, unique	Canada : Québec	Enfants et adolescents de 6 à 16 ans fréquentant une école primaire ou secondaire publique ou privée
Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	2002, unique	Canada : Québec	Enfants nés en 1997-1998 de mères vivant au Québec (naissances simples); âge médian de 50 mois

Tableau C.3B

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
2 110 examinés (taux participation 77 %)	Mesures physiques (examen dentaire) Questionnaire auto administré (QAA)		Indicateurs de santé dentaire; Facteurs démographiques; Classes socioéconomiques; Conditions sociales et économiques
2 153 personnes (Tx R : 62 %)	ITAO de 10-15 minutes	Sous échantillon de l'Enquête sociale et de santé 1998 (générale); collecte sur 12 mois	Comportements préventifs; Activité physique
13 117 en 2004	Grille d'observation	Collecte des données (3-4 semaines) par observation des cyclistes et des patineurs (âge et sexe évalués). Durée d'observation à un même site limitée à 30 minutes afin d'éviter qu'une même personne soit comptée deux fois	Comportements préventifs; Facteurs de risque; Accidents Blessures
1 027 questionnaires envoyés aux 969 municipalités ou arrondissements	Enquête postale Questionnaire auto administré (QAA)		Problèmes de santé physique; Allergies respiratoires; Fièvre des foins
2 120 femmes; Tx R : combiné 63 %;	ITAO de 7 à 30 minutes	Sous échantillon de l'Enquête sociale et de santé 1998 (générale); base de sondage stratifiée à 2 degrés; collecte sur 12 mois	Violence conjugale; Vie familiale; Femmes
2 152 élèves de maternelle, 5 079 en deuxième année	Mesures physiques (examen dentaire) Parents: Questionnaire auto administré (QAA)		Indicateurs de santé dentaire
10 680 élèves	Mesures physiques (examen dentaire) Parents: Questionnaire auto administré (QAA)		Indicateurs de santé dentaire; Facteurs démographiques; Classes socioéconomiques; Conditions sociales et économiques
182 écoles, Tx R : 96,1 %; 1 934 enfants ou adolescents; Tx R : 75,3 %	Questionnaires auto administrés au jeune, au parent, au directeur d'école; rappel alimentaire 24 heures; mesures poids et taille	Liée à l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois (générale); plan de sondage stratifié à plusieurs degrés; collecte entre janvier et mai 1999	Nutrition; Habitudes alimentaires; Facteurs de risque Habitudes de vie/ Comportements préventifs
1 550 familles (Tx R : 55,9 %, relatif à l'échantillon initial de l'ÉLDEQ); second rappel, 696 familles	Rappels 24 heures; questionnaire auto administré sur la nutrition; mesures anthropométriques	Base de sondage: fichier maître des naissances vivantes; plan de sondage stratifié à trois degrés; données recueillies auprès des parents et du service de garde, le cas échéant; collecte, entre mars et juillet, par une nutritionniste au domicile et au service de garde; journée de référence choisie aléatoirement; 2 ^e journée pour 50 % de l'échantillon	Aliments consommés, types et quantités; éléments nutritifs; fréquence de consommation de certains aliments; contexte de consommation; suppléments nutritionnels; insécurité alimentaire; poids, taille et plis cutanés

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.3B

Enquêtes transversales thématiques au Canada 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	Bisannuelle depuis 1998	Canada : Québec	Adolescents Éléves des écoles secondaires privées ou publiques
L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois: enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires	MSSS : Santé et Services sociaux Québec	1994, 1996	Canada : Québec	Administrateurs des écoles et des CLSC Adolescents Éléves en école secondaire
La violence familiale dans la vie des enfants du Québec	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec	1999, 2004	Canada : Québec	Enfants de 0-17 ans vivant avec leur mère (échantillon de mères) ou leur père (échantillon de pères) au moins 50 % du temps;
Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces	DHSS: Department of Health and Social Services or Department of Health	1991 (NÉ), 1996, 1998, 2002 (2003 pour TN)	Canada : provinces de l'Atlantique	Étudiants 7 ^e , 9 ^e , 10 ^e et 12 ^e années, écoles publiques
Nutrition Newfoundland and Labrador	Memorial University of Newfoundland	1996, unique	Canada : Terre-Neuve et Labrador	Personnes de 18-74 ans
Nova Scotia Video Lottery Players' Survey	Nouvelle-Écosse. Department of Health	1997-1998; suivi en 2000	Canada : Nouvelle-Écosse	Adultes de 19 ans et plus, joueurs des appareils de loterie vidéo (ALV)
Ontario Hospital Report: Acute Care	Ontario Hospital Association	Annuel depuis 1999; pour la satisfaction des patients, données de deux années financières regroupées	Canada : Ontario et par hôpital	Niveau individuel : épisodes de soins des patients de 15 à 84 ans (ayant passé un nuit à l'hôpital et qui ont eu leur congé ou sont décédés entre avril 2001 et mars 2002, pour l'enquête 2003); moins de 18 ans exclus par la suite

Tableau C.3B

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
4 771 élèves de 176 classes dans 154 écoles; Tx R : combiné 93,4 %	Questionnaire auto administré d'une heure	Plan de sondage par grappes stratifié à 2 degrés; bases de sondage: fichier des clientèles scolaires du ministère de l'Éducation et liste des classes des écoles sélectionnées; collecte en classe, à l'automne	Usage du tabac, adolescents; Alcool, consommation; Jeux de hasard; Jeu pathologique
160 CLSC, 966 écoles secondaires	Enquête postale Questionnaire auto administré (QAA)		Santé sexuelle; Comportements préventifs; Accès aux soins et services; Contraception; Utilisation du condom
3 148, Tx R : 57,3 % (échantillon de mères) et 953, Tx R : 44,2 % (échantillon de pères) en 2004	ITAO 16 minutes	Plan de sondage aléatoire stratifié; génération aléatoire des numéros de téléphone (GANT); analyse de la non-réponse n'a pas démontré d'évidence de biais	Aggression psychologique; Violence physique mineure et sévère; Attitudes parentales; Stress parental; Violence conjugale; Soutien social des parents
Environ 13 000 étudiants, 2 500 à 4 000 par province; Tx R : 99 %	Questionnaire auto administré en classe, 100 items + 1 question ouverte	Sélection aléatoire de classes, échantillon stratifié; collecte en 1991 également (au moins en Nouvelle-Écosse); chaque province produit son rapport;	Usage du tabac, d'alcool et de drogues; Jeux de hasard; Contexte scolaire
1 927 personnes (Tx R : 51 %); 474 personnes au 2 ^e rappel alimentaire	Rappel alimentaire 24 heures; questionnaire de fréquence alimentaire; questionnaire nutrition et santé; mesures anthropométriques; collecte en face à face	Base de sondage: fichier de l'assurance-maladie; plan de sondage stratifié à plusieurs degrés; deux périodes de collecte : printemps et automne; journée choisie aléatoirement; collecte par nutritionniste	Connaissances et attitudes; fréquence, types et quantité des aliments consommés; activité physique;
711 (Tx R : de 61,3 %) en 1997-98; en 2000, 181 au suivi Tx R : très faible)	Entrevue téléphonique de 48 min. en moyenne Suivi: 4 questionnaires pour diverses catégories de joueurs (moyenne de 46 min.)		Santé mentale Habitudes de vie / Comportements préventifs; Jeux de hasard; Jeu pathologique; Dépendances et abus de substances
55 307 patients épisodes 2003-2004 (Tx R : 48,6 %)+ 47 206 patients épisodes 2004-2005 (Tx R : 41,8 %); niveau hospitalier: 108 hôpitaux (Tx R : 88 %)	Questionnaire auto administrés (QAA) (60 questions) adressé au directeur de l'hôpital (visant la personne la plus apte à répondre à la section); QAA au patient (53 questions); divers instruments dont des données de fichiers administratifs des hôpitaux, traitées par l'ICIS	Deux enquêtes: <i>Corporate System Integration and Change</i> et <i>Acute Care System Integration and Change</i> ; comprend 4 volets: satisfaction des patients, utilisation des services et résultats, performance et condition financière, intégration et changement du système; enquête postale; plan de sondage aléatoire, variable selon type/taille des hôpitaux; à compter de 2005, la mesure de la satisfaction des patients est différente	Niveau individuel : Qualité des services; Évaluation de la qualité des services par des usagers Droits et dignité de la personne, respect; Évaluation des services de soutien; Évaluation du travail du personnel de la santé, infirmiers; Évaluation des services de ménage; Niveau hospitalier : Investissements dans les ressources intellectuelles et de l'information; Utilisation et diffusion de l'information pour la prise de décision; Continuité des soins

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.3B

Enquêtes transversales thématiques au Canada 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Ontario Student Drug Use Survey	Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) /Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)	Bisannuelle depuis 1977	Canada: Ontario et 4 grandes régions et 7 régions socio sanitaires	Adolescents; Élèves en école élémentaire, intermédiaire et secondaire (7 ^e à 12 ^e années) publiques ou catholiques régulières (écoles privées exclues)
CAMH Monitor	Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) /Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)	Mensuelle; collecte en continu depuis 1977	Canada : Ontario	Adultes de 18 ans et plus
Ontario Nutrition and Cancer Prevention Survey	Cancer Care Ontario / Action Cancer Ontario	2000-2001; unique	Canada : Ontario et 8 régions	Population de 18 à 64 ans
Substance Use Among Manitoba High School Students	Addictions Foundation of Manitoba	1995, 1997, 2001	Canada : Manitoba	
Food and Nutrition in Manitoba schools	Manitoba Council on Child Nutrition	2001	Canada : Manitoba	Directeurs, administrateurs, enseignants et conseillers des écoles primaires et secondaires
Manitoba Nutrition Survey 1998-1999		1998-1999	Canada : Manitoba	Population de 18-74 ans en ménage privé
Gambling and Problem Gambling in Saskatchewan	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanes (CCLAS)/ Canadian Centre on Substance Abuse	1993, 2001	Canada : Saskatchewan	Personnes de 19 ans et plus
Alberta Youth Experience Survey	Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC)	2002; bisannuelle	Canada : Alberta et 5 grandes régions ou 5 niveaux d'urbanisation	Adolescents Élèves de 7 ^e à 12 ^e années
Alberta Survey on Physical Activity	Alberta Centre for Active Living	2000, 2002; bisannuelle	Canada : Alberta et 3 régions (Edmonton, Calgary, reste de l'Alberta)	Population de 18 ans et plus

Tableau C.3B

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
6 616 en 2003 dans 137 écoles; tx participation écoles 95 %, classes 93 % et élèves 72 %; Tx R : combiné 64 %;	QAA, Form A (171 items) et Form B (165 items) dont les 2/3 se recourent, séparés en 2 sous échantillons	Échantillonnage en grappes, plan multi stades stratifié; collecte janvier - juin	Consommation et dépen- dence aux drogues illicites; Habitudes de vie / Comportements préventifs
2 611 en 2004 (Tx R : 59 %)	CATI de 30 min env.; deux questionnaires (janvier - juin, 2 226 répondants, juillet - décembre, 1 385 répondants) dont les 2/3 du contenu est commun	GANT; 12 échantillons indé- pendants de 200 répondants environ; une personne par ménage choisie selon le + récent anniversaire; plan de sondage stratifié;	Troubles mentaux; Consommation et dépen- dence : drogues illicites; Consommation et dépen- dence : alcool; Consom- mation et dépendance : tabac; Jeu pathologique
3 214 (tx participation 63 %)	ITAO en 5 langues; (20-25 min.)	Plan de sondage stratifié; collecte sur 12 mois, 265 entrevues / mois; GANT; 1 personne par ménage choisie selon le + récent anniver- saire; code postal demandé : tx non-réponse 11 %	Nutrition; Habitudes alimentaires; Cancer; Comportements préventifs; Connaissances et opinions des personnes; Impact de la sensibilisation du public Insécurité alimentaire; Conditions sociales et économiques; Facteurs démographiques
500 écoles (70 %)	Questionnaire auto administré	On ne connaît pas la représen- tativité de l'échantillon d'écoles qui est basé sur l'intérêt pour programme de l'Addictions Foundation of Manitoba Population plutôt que échantillon;	Nutrition et santé; sécurité alimentaire; services et installations disponibles; aspects financiers; programmes de nutrition; Nutrition; activité physique; poids corporel; sécurité alimentaire; comportements alimentaires
Non disponible	Entrevues face à face; rappel alimentaire 24 heures, questionnaire de fréquence alimentaire, questionnaire sur divers comportements, mesures anthropométriques; durée environ 90 minutes;	Base de sondage: fichier de l'assurance maladie; plan de sondage stratifié à plusieurs degrés; deux échantillons: printemps et automne	
1 848 (Tx R : 59,7 % ou 39,8 % selon méthode de calcul)	Entrevue téléphonique; questionnaire de 48 items basé sur le CPGI (Canadian Problem Gambling Index); durée 18 minutes	Génération aléatoire de numéros de téléphone, stratifiés par région; collecte en avril - mai 2001; personne sélectionnée aléatoirement dans le ménage à partir date d'anniversaire;	Dépendance et abus de substances; Habitudes de vie / Comportements pré- ventifs; Santé mentale; Jeux de hasard; Jeu pathologique
3 394 élèves	Non disponible	89 écoles	Santé mentale; Consommation et dépendance : alcool; Con- sommation et dépendance : drogues illicites; Facteurs de risque; Jeux de hasard; Jeu pathologique
1 209 personnes (Tx R : des ménages: 54 %)	Entrevue téléphonique; questions adaptées du "Godin Lesisure-Time Exercise Questionnaire"	Composition aléatoire de numéros de téléphone (GANT)	Habitudes de vie / Com- portements préventifs; Activité physique; Facteurs démographiques; Environ- nement social; Qualité de vie communautaire; Normes, valeurs et idéologies dominantes

/ suite du tableau à la page suivant

Tableau C.3B

Enquêtes transversales thématiques au Canada 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Alberta Health Survey	University of Alberta. Population Research Laboratory	Annuelle depuis 1995	Canada: Alberta et 9 régions socio sanitaires	Personnes de 18 ans et plus
British Columbia Nutrition Survey	Colombie-Britannique. Ministry of Health Services	1999	Canada: Colombie-Britannique et 3 grandes régions (métropolitaines, côtières, autres)	Population de 19 à 84 ans

Tableau C.3B

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
4 000 en 2004 (Tx R : 72 %)	Entrevue téléphonique ITAO, 8 questions	Plan de sondage stratifié, méthode des quotas (âge/sexe); Collecte en février - mars	Organisation et utilisation des services; Indicateurs de santé; Habitudes de vie; Qualité des services; Satisfaction des usagers; Autoévaluation de la santé
1 823 (Tx R : de 42 % à 52 % selon l'admissibilité des cas non résolus)	Entrevues face à face de 2 h à 2 h 30; mesures anthropométriques (poids, taille, circonférences taille et hanches); rappel alimentaire 24 heures; Food frequency questionnaire (FFQ); questionnaire nutrition, activité et santé	Base de sondage: B.C. Health Registry; plan probabiliste multi stades; collecte en deux échantillons: printemps et automne, étant donné les variations saisonnières	Habitudes de vie / Comportements pré-ventifs; Santé dentaire; Nutrition; Habitudes alimentaires; Taille et poids; Indice de masse corporelle (IMC); Surpoids; Obésité; Facteurs de risque; Activité physique; Insécurité alimentaire

Tableau C.4

Enquêtes transversales thématiques aux États-Unis, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
National Health and Nutrition Examination Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Depuis 1960; périodique entre 1971 et 1994; en continu depuis 1999	Etats-Unis : National	Population vivant en ménage privé
National Immunization Survey	NCHS: National Center for Health Statistics (supervision) University of Chicago's National Opinion Research Center (réalisation)	2004; annuelle depuis 1994	Etats-Unis : National; par état (50), district de Columbia et grande région urbaine (27); (78 zones du <i>Immunization Action Plan</i>)	Enfants de 19 à 35 mois (enfants d'âge préscolaire)
National Teen Immunization Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Annuelle	Etats-Unis : National	Adolescents de 13 à 15 ans
National Adult Immunization Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Annuelle	Etats-Unis : National	Adultes 50 ans et plus
National Asthma Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	2003	Etats-Unis : National ou état	Personnes de tous âges qui souffrent de l'asthme
National Survey of Children with Special Health Care Needs	NCHS: National Center for Health Statistics	2000; 2002	Etats-Unis : National	Enfants de moins de 18 ans ayant des besoins spéciaux pour des soins de santé; groupe contrôle n'ayant pas de besoins spéciaux; suppl. enfants non assurés de ménages à faible revenu
National Survey of Early Childhood Health	NCHS: National Center for Health Statistics	2000	Etats-Unis : National	Enfants de 4 à 35 mois et leurs parents

Tableau C.4

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Environ 7 000 personnes (entrevues) dont 5 000 sont examinées, par année	Entrevues CAPI (Screener, Sample Person and Family interviews), questionnaire ACASI, examens physiques : audiométrie, équilibre, vision, force musculaire, condition cardiovasculaire, poids et autres mesures corporelles, composition corporelle, tension artérielle, santé buccodentaire, rappel alimentaire 24 heures, échantillons sang, urine et cheveux, échantillon poussières (mercure), moniteur pour exposition composés organiques volatiles, examen vaginal, etc.	Échantillonnage stratifié à plusieurs degrés (UPE, parties d'UPE, ménages, une ou plusieurs personnes); sur-échantillons des adolescents, des personnes à faible revenu, des personnes de 60 ans et plus, des Afro-américains et des Américains d'origine mexicaine; collecte par techniciens en santé, intervieweurs, médecins, nutritionnistes; entrevues à domicile suivies d'examen dans centres d'examen mobiles (CEM); proxy pour les moins de 16 ans	Habitudes de vie / Comportements préventifs; État de santé; Problèmes de santé physique; Nutrition; Maladies; Maladies cardiovasculaires; Diabète; Ostéoporose; Facteurs démographiques
En 2004, 30 019 ménages ou 30 987 enfants (Q ménages) Tx R : 73 %; 21 998 (Q soignants) Tx participation 71 %	Entrevue téléphonique (ITAO) suivi par enquête postale (QAA) aux fournisseurs de vaccins (médecins de famille, pédiatres, autres dispensateurs de soins)	Composition aléatoire de nos de tél.; consentement des parents pour contacter le soignant (vaccination); à venir, un questionnaire sur Internet pour les soignants; au cours des années, raccourci le questionnaire aux soignants pour obtenir un meilleur tx réponse	Enfants d'âge préscolaire; Vaccinations; Comportements préventifs
Pas d'information	Entrevue téléphonique auprès du parent (?) et auprès du dispensateur de vaccins (médecin, etc.)	Entrevue téléphonique suivie par enquête postale aux fournisseurs des immunisations (données administratives)	Adolescents; Vaccinations; Comportements préventifs
Pas d'information	Entrevue téléphonique	GANT; entrevue téléphonique auprès des personnes, suivie d'enquête postale auprès des fournisseurs de vaccins (données administratives)	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Vaccinations; Adultes; Personnes âgées
Pas d'information	ITAO	Module du programme SLAITS (State and Local Area Integrated Telephone Survey); utilise le schéma d'échantillonnage de la National Immunization Survey (NIS)	Maladies respiratoires; Asthme; Facteurs de risque; Environnement physique; Qualité de l'air intérieur; Qualité de l'air extérieur; Facteurs démographiques; Groupes sociodémographiques
750 enfants par état; total: 38 866 avec besoins spéciaux; 176 296 sans besoins spéciaux (contrôle); 9 935 supplément (non-assurés, ménages à faible revenu); Tx R : 63,4 % (sélection), 61,0 % (besoins spéciaux) et 61,8 % (supp ass-santé)	Interview téléphonique ITAO avec le parent qui connaît le mieux l'enfant; Q en 12 sections, durée médiane de 4 à 19 min (selon le n d'enfants et leurs besoins) si éligible à NIH aussi (certaines questions se dédoublent); de 7 à 22 min si non éligible à NIH; entrevues possibles en anglais, espagnol ou 10 autres langues	Module du programme SLAITS; Q supplémentaire pour enfants non assurés de ménages à faible revenu; échantillon supp Missouri; plan de sondage, se confond en 1 ^{re} partie avec procédure pour l'échantillon NIH (National Immunization Survey), échantillon additionnel dans certains états pcq n trop faible; un ou deux enfants par ménage; collecte oct 2000-avril 2002	Enfants ayant des besoins spéciaux pour des soins de santé; Accès aux soins et services; Inégalité d'accès aux soins et services; Satisfactions des usagers; Qualité des services; Continuité des services; Mode de paiement pour les services; Assurance santé privée; State Children's Health Insurance Programme (SCHIP)
2 068 enfants; 2 séries de Tx R : 1 ^{re} série ne tient pas compte de la réponse à la NIH; 65,6 % selon Council of American Survey Research Organizations	Entrevue téléphonique environ 35 minutes (+ NIH 27 minutes)	Module du programme SLAITS; sous-échantillon de la NIS; parent responsable des soins médicaux de l'enfant sélectionné; divers tx rép présentés	Enfants Impact des soins Qualité des services Satisfaction des usagers

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.4

Enquêtes transversales thématiques aux États-Unis 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
National Health Interview Survey on Disability	NCHS: National Center for Health Statistics	1994-1995; unique	Etats-Unis : National	Phase I: Population vivant en ménage privé, Phase II: Personnes ayant des incapacités Échantillons plus larges des groupes ethniques Noirs et Hispano-américains
National Hospital Discharge Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Annuelle depuis 1965	États-Unis: National et 4 grandes régions de recensement	Hôpitaux de soins de courte durée et non spécialisés; hôpitaux pour enfants non spécialisés
National Ambulatory Medical Care Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Annuelle de 1973-1981; 1985; annuelle depuis 1989	Etats-Unis : National	Médecins pratiquant en bureaux, urgences et cliniques externes des hôpitaux généraux et de soins de courte durée
National Hospital Ambulatory Medical Care Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Annuelle	Etats-Unis : National par région, département ou type de propriété	Visites aux départements d'urgence et cliniques externes des hôpitaux généraux ou de soins de courte durée
National Home and Hospice Care Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	Bisannuelle depuis 1992	Etats-Unis : National	Patients en établissements sanitaires Patients recevant des soins d'agences ("agencies") qui dispensent des soins à domicile ou des soins palliatifs ("hospice care")
National Nursing Home Survey	NCHS: National Center for Health Statistics	1973, 1977, 1985, 1995, 1997, 1999	Etats-Unis : National	Personnes en résidences de soins de santé (3 lits ou plus, certifiées ou avec licence gouvernementale)
National Survey of Ambulatory Surgery	NCHS: National Center for Health Statistics	1996; annuelle depuis 1994	Etats-Unis : National et 4 grandes régions de recensement	Visites de chirurgie ambulatoire faites dans les hôpitaux généraux ou de soins de courte durée ou dans des centres de chirurgie ambulatoire indépendants (<i>freestanding</i>) ayant réalisé au moins 50 procédures chirurgicales dans l'année

Tableau C.4

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Phase I: 107 469 personnes (Tx R : ménages 87,0 %) 474 hôpitaux en 1997, Tx R : 94,6 %; 300 464 fichiers de sortie	Phase II: 4 questionnaire (enfants de moins de 18 ans, adultes 18 ans et plus, aînés 69 ans et plus sans incapacité déclarée, personnes avec histoire de polio) Entrevue face à face avec administrateur (Questionnaire de l'hôpital); collecte manuelle d'information sur formulaire, à partir des dossiers médicaux et des sommaires de sortie d'hôpital	Échantillon NHIS (voir enquêtes transversales générales); tous les membres du ménage inclus; collecte durant une année entière Fait partie du programme National Health Care Survey; nouveau design depuis 1988: sous-échantillon de NHIS (UPE); 2 autres étapes à l'échantillonnage: sélection aléatoire systématique d'hôpitaux, puis de dossiers médicaux; collecte par le Bureau de recensement	Incapacités; aide pour les soins personnels; aides techniques; polio Services hospitaliers, nombre de lits, durée moyenne de séjour, caractéristiques des patients, diagnostics, actes médicaux, facteurs démographiques
Env. 3 000 médecins; 25 000 visites; en 1997-98: 2 500 md et 42 000 visites; Tx R : (1997-98) 68-70 %	Questionnaire rempli par médecin (Encounter forms)	Fait partie du programme National Health Care Survey; échantillon de visites aux bureaux de médecins ("office-based physicians") qui donnent d'abord des soins directs aux patients; plan de sondage <i>aléatoire à plusieurs degrés: UPE choisies aléatoirement, md dans les UPE</i> , période d'une semaine choisie aléatoirement et échantillon aléatoire systématique de visites	Utilisation des services; Services ambulatoires; Diagnostic; Médicaments sur ordonnance; Maladies; Maladies chroniques (2005-06); Qualité des services; Satisfaction des usagers; Continuité des services (2003-04); Facteurs démographiques; Traumatismes
En 2000: 446 services d'urgence (Tx R : 97 %) de 376 hôpitaux (Tx R : 94 %) et 25 622 visites de patients; 829 cliniques externes (Tx R : 91 %) de 221 hôpitaux (Tx R : 88 %) et 27 510 visites de patients	Échantillon probabiliste en 4 étapes: échantillon d'UPE, d'hôpitaux, de cliniques d'hôpitaux puis échantillon aléatoire systématique de visites de patients; entrevue par le Bureau de recensement auprès d'un représentant de l'hôpital, suivie d'examen de fichiers médicaux; pour celle-ci, collecte de données par le Bureau de recensement ou le personnel de l'hôpital (env. 50 % - 50 %)	Entrevue personnelle (Induction form); Formulaire rempli par personnel de l'hôpital ou par le Bureau de recensement (Patient record form)	Utilisation des services; Services ambulatoires; Hôpitaux; Urgence; Diagnostic; Médicaments sur ordonnance; Maladies; Facteurs démographiques; Maladies chroniques (2005-06); Qualité des services; Continuité des services (2003-04); Traumatismes; Accident
En 2000, 1 425 établissements ("agencies"), Tx R : 96 %, 2 327 sorties	3 questionnaires: Q de l'agence rempli par entrevue avec administrateur; Q du patient actuel et Q du patient sorti remplis par intervieweur lors d'une entrevue avec membre du personnel le mieux renseigné sur les soins donnés au patient	Plan stratifié aléatoire à deux degrés: sélection d'agences, sélection de 6 patients actuels et 6 patients sortis par agence, échantillonnage aléatoire systématique; intervieweur élabore les deux listes d'échantillonnage (patients actuels, patients sortis)	Établissements sanitaires; Soins à domicile; Soins palliatifs; Maladies; Maladies en phase terminale; Incapacités; Satisfaction des usagers
En 1999, 8 215 résidents et 6 913 ex-résidents dans 1 423 résidences	Entrevue face à face avec administrateurs et personnel; 3 questionnaires: <i>Facility Q</i> visant l'administrateur; <i>Current Resident</i> et <i>Discharged Resident Q</i> visant un membre du personnel, au sujet du résident	Échantillon probabiliste complexe (2 étapes, de résidences puis de résidents et ex-résidents (6 chacun par résidence); collecte juillet-décembre 1999	Établissements sanitaires; Maisons de repos; Personnes âgées
env. 120 000; Tx R : hôpitaux 88,0 % à 100 % selon catégorie, centres indépendants 70,5 %	Entrevues personnelles (Induction questionnaire) d'une demi-heure à 1 heure et demie avec représentant de l'hôpital ou centre indépendant, puis collecte de données de fichiers médicaux (Sample listing sheet, medical abstract form)	Plan de sondage aléatoire à plusieurs degrés; étapes 1 et 2, sélection d'hôpitaux et de centres de chirurgie ambulatoire indépendants; étape 3, sélection aléatoire systématique de visites; visites étendues sur l'année; collecte de données par Bureau de recensement	Recours aux services ambulatoires Interventions chirurgicales

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.4

Enquêtes transversales thématiques aux États-Unis 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
National Survey of Family Growth	NCHS: National Center for Health Statistics (supervision) Univ of Michigan's Institute for Social Research	1973, 1976, 1982, 1988, 1995, 2002	Etats-Unis : National	Adolescents et adultes (15-44 ans) vivant en ménage privé; (jusqu'en 1976, femmes célibataires non incluses)
School Health Policies and Programs Study	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion	1994; 2000; prévue en 2006	Etats-Unis : National	Directeurs d'écoles et de systèmes d'éducation, enseignants des écoles élémentaires, intermédiaires et des collèges
School Health Profiles	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion	Bisannuelle depuis 1996	Etats-Unis : National par état (n=44) et certaines villes (n=13)	Directeurs et enseignants dans les écoles pour enfants de 6 ^e à 12 ^e années
Youth Risk Behavior Surveillance Survey	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion	Bisannuelle depuis 1991	Etats-Unis : National	Étudiants de 8 ^e à 12 ^e années des écoles publiques (sauf exceptions)
National College Health Risk Behavior Survey	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion	Bisannuelle depuis 1995	Etats-Unis : National	Jeunes adultes de 18 à 24 ans; Étudiants non diplômés de collèges et universités, âgés de 18 ans ou plus

Tableau C.4

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
12 571 (7 643 femmes et 4 928 hommes) en 2002; Tx R : 79 %	Entrevue personnelle assistée par ordinateur (IPAO); 60 minutes (hommes) et 80 minutes (femmes)	Base de sondage aréolaire, échantillon probabiliste à 5 degrés; une seule personne / ménage pour raison confidentialité; sur-échantillon d'adolescents et de latino-américains; intervieweurs femmes seulement; collecte étendue sur l'année	Santé sexuelle; Relations sexuelles précoces; Habitudes de vie / Comportements préventifs Comportements sexuels non-protégés; Contraception; Utilisation des condoms; Adultes; Grossesses et naissances
560 responsables de districts (Tx R : 75 %), 950 responsables d'écoles (Tx R : 71 %), 1 534 enseignants de classes d'éducation à la santé et 1 564 enseignants de classes d'éducation physique (Tx R : 90 %)	QAA postal pour administrateurs d'état ou de district; entrevue assistée par ordinateur pour administrateurs d'écoles ou enseignants	Peu d'information	Éducation à la santé Éducation à la santé sexuelle Services de santé dans les écoles Activité physique; Règlements concernant le tabac, l'alcool, les drogues, les armes et la violence
Directeurs: varie de 52 à 608 selon les états (Tx R : 50 % à 91 %) et de 14 à 223 selon les villes (Tx R : 65 % à 100 %); professeurs : 49 à 591 selon les états (Tx R : 53 % à 90 %) et de 8 à 217 selon les villes (Tx R : 53 % à 100 %); moyenne de 284 écoles/état (directeurs répondants) ou de 282 écoles / état (enseignants répondants)	Questionnaire postal (QAA) au directeur et enseignant en éducation physique	Stratégie d'échantillonnage aléatoire systématique à probabilités égales; données de directeurs (5 états) et d'enseignants (7 états) non incluses pcq Tx R : < 50 %	Éducation à la santé Éducation à la santé sexuelle; Services de santé dans les écoles; Activité physique; Habitudes de vie / Comportements préventifs; Usage du tabac; Violence; Asthme; Maladies transmises sexuellement (MTS) VIH
En 2003, 15 240 étudiants, Tx R : 67 %	QAA administré en classe	Composante du YRBSS; échantillonnage en grappes à deux degrés; collecte de février à mai sauf exceptions; enquêtes en parallèle dans 32 états et 20 districts scolaires, échantillons indépendants	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Consommation et dépendance : alcool, drogues illicites; Santé sexuelle; Maladies transmises sexuellement (MTS); VIH, SIDA; Usage du tabac; Accidents; Blessures; Grossesses chez les adolescentes; Comportements sexuels non-protégés; Conduites à risque; Activité physique; Pensées suicidaires
4 838 étudiants; Tx R : 60 %, Tx R : institution: 92 %	Questionnaire postal (QAA) de 96 questions en anglais ou espagnol	Composante du YRBSS; échantillon stratifié en grappe; 1- échantillon proportionnel de collèges et universités en strates selon % Noirs et Hispano-américains; 2- échantillon aléatoire simple d'étudiants; collecte de janvier à juin 1995	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Consommation et dépendance : alcool, drogues illicites; Santé sexuelle; Maladies transmises sexuellement (MTS); VIH, SIDA; Usage du tabac; Accidents; Blessures; Grossesses chez les adolescentes; Comportements sexuels non-protégés; Conduites à risque; Nutrition; Surpoids; Activité physique

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.4

Enquêtes transversales thématiques aux États-Unis 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
National Alternative High School Youth Risk Behavior	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion	1998	Etats-Unis : National	Adolescents Éléves des écoles secondaires alternatives (9-12 année) [pour jeunes délinquants, filles enceintes, jeunes avec problèmes émotifs ou de comportements, etc.]
Monitoring the Future	National Institute on Drug Abuse (financement); University of Michigan's Institute for Social Research (réalisation);	2004; annuelle depuis 1975	Etats-Unis : National	Adolescents, jeunes adultes, élèves des écoles secondaires (8, 10, 12 ^e années) pour l'échantillon transversal, étudiants de niveau collégial et universitaire, adultes pour le sous-échantillon longitudinal
Assessing the attitudes, knowledge, and awareness of HIV vaccine research among adults in the United States	NIH: National Institutes of Health, National Institute of Allergy and Infectious Diseases	2002	Etats-Unis : National	Population de 18 ans et plus, adultes; suréchantillons de Noirs, Hispano-américains, hommes homosexuels et bisexuels
National Survey on Drug Use and Health	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), DHHS	2003, annuelle depuis 1972	Etats-Unis : National + 8 états	Population de 12 et plus
Gambling Impact and Behavior Study	National Gambling Impact Study Commission; University of Michigan's Institute for Social Research (réalisation)	1975 et 1998-1999	Etats-Unis : National	Personnes de 16 ou 18 ans (selon la source) données sur les communautés: secteurs de recensement de 10 000 personnes ou plus; propriétaires de commerces
Veterans Health Survey	Veterans Health Administration (VHA) VHA National Center for Health Promotion (NCHP)	1998, 1999	Etats-Unis : National	Anciens combattants ayant reçu des soins de santé primaires dans certaines cliniques au moins une fois dans l'année précédente

Tableau C.4

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
8 918 dans 115 écoles; Tx R : écoles 81 %, élèves 82 %, global 66 %	Questionnaire auto-administré de 88 questions	Composante du YRBSS; plan d'échantillonnage complexe (3 étapes) en grappe (groupes d'écoles, écoles, classes); collecte en classe de février à mai 1998	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Consommation et dépendance : alcool et drogues illicites; Santé sexuelle; Maladies transmises sexuellement (MTS); VIH, SIDA; Usage du tabac; Accidents; Blessures; Grossesses chez les adolescentes; Comportements sexuels non-protégés; Conduites à risque; Nutrition; Surpoids; Activité physique
Approximativement 40 000 étudiants dans 420 écoles secondaires privées et publiques chaque année	Questionnaires auto administrés (QAA), différent selon le niveau	Plan de sondage aléatoire à plusieurs degrés; max. 350 élèves/école; collecte à l'école au printemps au cours d'une période de classe régulière; 8 ^e et 10 ^e années incluses depuis 1991, en plus des 12 ^e ; en 12 ^e , sous-échantillon pour suivi longitudinal depuis 1976, Q postal	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Santé mentale; Consommation et dépendance : drogues illicites; Connaissances et opinions des personnes
3 500 (2 008 population générale, 1 501 de trois sous-groupes: Noirs, Hispano-américains et hommes homosexuels ou bisexuels)	Entrevue téléphonique	Collecte décembre 2003-février 2003	Maladies transmises sexuellement (MTS) Maladies chroniques VIH Populations spécifiques Noirs Populations spécifiques : Hispano-américains SIDA Connaissance et opinions des personnes Sensibilisation
67 784 (sur 81 631 sélectionnés)	Entrevues face-à-face à l'aide de CAPI et ACASI (audio computer-assisted self-interviewing) pour questions sensibles; durée environ une heure	Échantillon stratifié par grappes; coordonné sur 5 ans, permet chevauchement sur 2 années successives; suréchantillon pour 12-17 ans et 18-25 ans; 42 états/districts avec échantillons plus faibles peuvent utiliser méthodes d'estimation sur petits domaines	Habitudes de vie / Comportements préventifs Dépendances/Abus de substances Santé mentale Consommation et dépendance : alcool; Usage du tabac Troubles mentaux
En 1998-1999, 2 417 adultes (sur 4 134 éligibles, 929 éligibilité non connue sur 9 200 #); 534 jeunes ; propriétaires: moyenne de 25 entrevues à 21 <i>facilities</i> (Tx R : 50 %)	Entrevue téléphonique (except QAA postaux pour n=14); entrevue face à face pour propriétaires de <i>gambling facilities</i> ; données statistiques (revenu, emploi, criminalité, etc.)	Échantillon adultes par GANT, stratifié par statut de loterie de l'état et distance à un important casino; échantillon jeunes de deux listes de tél, GANT et ménages ciblés avec jeunes; échantillon aléatoire de <i>gambling facilities</i> dans 2 états de l'ouest, 3 états du Mississippi et états du nord-est	Habitudes de vie / Comportements préventifs, Santé mentale; Jeu pathologique, Consommation et dépendance : drogues illicites; conditions sociales et économiques
67 540 en 1999 (Tx R : 67 %)	Q postal de 52 items au sujet de 13 soins ou services préventifs	320 hommes et 160 femmes dans chacun de 148 services pour vétérans	Prévention, conseils médicaux, promotion santé, vaccins, tests dépistages

Tableau C.5
Enquêtes transversales thématiques en France, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques	ANCRED: Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète	2001-2003; 2005; aux 5 ans (cycles de 3 ans)	Europe : France par région	Adultes ayant été remboursés pour des médicaments contre le diabète par le régime général des travailleurs salariés de la sécurité sociale
La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social	DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	Annuelle entre 1987 et 1997; 1999; 2003	Europe : France par région	Patients d'établissements spécialisés dans traitement usagers de drogues; Patients d'établissements sanitaires généraux ou psychiatriques; Patients d'établissements sociaux;
Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003			Europe : France métropolitaine et départements d'outre-mer	Établissements pénitentiaires des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)
Enquête permanente sur la prescription médicale	IMS Health et IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé)	Trimestrielle depuis 1991; en continu	Europe : France métropolitaine par région	Médecins exerçant en pratique libérale en France métropolitaine réalisant une prescription allopathique ; Ensemble des patients vus par chaque médecin pendant sept jours dans le cadre libéral et ambulatoire
Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques	ANCRED: Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète	2001-2003; 2005; aux 5 ans (cycles de 3 ans)	Europe : France par région	Adultes ayant été remboursés pour des médicaments contre le diabète par le régime général des travailleurs salariés de la sécurité sociale

Tableau C.5

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
10 000; Tx R : attendu 70 %	4 questionnaires postaux aux patients (plus de 100 questions), dossier du Système d'information de l'Assurance maladie (CNAMTS), 2 questionnaires postaux au médecin traitant (25 questions) et aux Départements d'information médicale (DIM) des établissements de soins	Échantillonnage au dernier trimestre 2001; collecte sur 3 ans; recherche d'éventuels décès si remboursement cesse	État de santé globale; Maladies chroniques; Diabète Nutrition; Habitudes d'alimentation; Besoins des usagers; Qualité de vie; Satisfaction des soins reçus; remboursements médicaux
2003: 1 361 établissements	Déclarations des équipes de soins et des patients	Hétérogénéité dans définition usagers de drogues selon catégorie d'établissements; collecte en novembre sur une semaine; estimations de prévalence pour un mois; estimations de prévalences de VIH et de VHC	Consommation et dépendance : drogues illicites; Hospitalisation; Services sociaux; Établissements sanitaires; Facteurs démographiques; Santé mentale; Traitement
157 établissements de 92 Directions; Tx R : 93 %	Questionnaire auto administré; complété par données qualitatives à partir d'un échantillon non représentatif	Répondants en majorité des médecins-inspecteurs des DDASS	Situations d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives; prise en charge des personnes
1 436 médecins libéraux; 240 160 séances	Envoi d'un "carnet de questionnaires séances" au médecin; copie de l'ensemble des prescriptions et de l'ordonnance envoyés par le médecin	Tirage aléatoire stratifié dans base de sondage IMS-Health (fichier des md régulièrement mis à jour); durée d'observation de 7 jours; tous les patients; Échantillon de médecins selon leur spécialité, la région d'exercice, la taille de l'unité urbaine et l'âge des médecins	Médicaments sur ordonnance; Consommation des médicaments Indicateurs d'état de santé; Morbidité; Organisation des services; Personnel de la santé; Médecins généralistes; Médecins spécialistes; Utilisation des services; Recours au personnel de la santé; Facteurs démographiques; Age; Adolescents; Maladies chroniques; Hypertension artérielle; Examens prescrits, diagnostic ou motif de la consultation
2 057 en 2003; Tx refus 31,8 %	Entrevue téléphonique CATI de 25 minutes	Fait partie d'un programme d'enquêtes; échantillon aléatoire à partir d'un fichier de l'industrie pharmaceutique (Cegedim) mis à jour par les visiteurs médicaux, pas totalement exhaustif, contenant âge, sexe, département, mode d'exercice individuel /en groupe; collecte sur 2 mois	Connaissances et opinions des personnes; Personnel de la santé; Médecins généralistes; Médecine préventive; Comportements préventifs; Maladies; Cancer; Évaluation des besoins du patient par médecin; Pratiques professionnelles des md relativement à la prévention

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.5
Enquêtes transversales thématiques en France 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Baromètre santé: enquête auprès des pharmaciens d'officine	INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	2003; 1998	Europe : France	Personnel de la santé; Pharmaciens
Enquête sur les logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité	IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé	2000	Europe : France	Adultes; Personnes consultant dans des centres de soins gratuits; Personnes en situation de précarité
Enquête nationale périnatale	INSERM : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale	2003; quinquennale	Europe : France	Mères et enfants nouveaux-nés, enfants mort-nés et interruptions médicales de grossesse (IMG) (si après 22 semaines/au moins 500 gr), nés dans maternités publiques et privées, ou nés ailleurs et transférés ensuite
Personnes handicapées et l'emploi (mars 2002)	DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques	2002	Europe : France	Personnes de 15 ans ou plus ayant une incapacité vivant en ménage privé (ou en communauté princip. et en ménage privé à l'occasion)
Enquête HID Prisons	INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques	2001; unique	Europe : France métropolitaine	Personnes majeures détenues au 1er mai 2001 Adultes Personnes ayant un handicap

Tableau C.5

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
1 062 en 2003; Tx : refus 9,4 %	Entrevue téléphonique CATI de 20 minutes	Fait partie d'un programme d'enquêtes; échantillon aléatoire à partir d'un fichier de l'industrie pharmaceutique (Cegedim) mis à jour par les visiteurs médicaux, pas totalement exhaustif, contenant âge, sexe, nombre de salariés de l'officine; collecte sur 2 mois	Connaissances et opinions des personnes; Personnel de la santé; Pharmaciens; Médecine préventive; Comportements préventifs; Maladies; Cancer; Évaluation des besoins du patient par pharmacien
590 dans 80 centres de soins gratuits; volet qualitatif, 32 dans 8 centres de soins gratuits	Q volet social, rempli par personnel d'accueil entrevue avec patient (20 questions); Q volet médical rempli par le médecin, quelques questions surtout inventaire diagnostique; entretiens qualitatifs de type récits de vie	Chaque md inclut les 3 premiers patients d'un jour donné; 590 questionnaires remplis dans 80 lieux en France métropolitaine proposant des soins gratuits aux personnes en situation de précarité ; 32 patients interviewés dans 8 centres de soins gratuits (4 par centre) sur leur trajectoire biographique, leur histoire de santé et leurs rapports aux soins et à la santé	Conditions sociales et économiques; Conditions de vie; Pauvreté; Inégalité d'accès aux soins et services; Utilisation des services; Services sociaux; Indicateurs d'état de santé; Morbidité; Statut socio-économique; Personnes en situation de précarité; comportements vis à vis des soins; motifs de consultation; santé dentaire
Toute la population: 15 378 enfants (15 108 mères) dont 14 737 en métropole et 641 dans les Départements d'Outre-Mer (DOM), très peu d'exclusions	Fiches remplies par un responsable / maternité à partir des dossiers médicaux; entrevue avec les mères avant sortie maternité; questionnaire rempli par l'établissement pour décrire le lieu d'accouchement; collaboration des maternités pour collecte de données, structure de coordination / collaboration entre national et départements	Toutes les naissances ou IMG au cours d'une semaine exactement	Santé périnatale: santé, pratiques médicales pendant grossesse et accouchement, facteurs de risque périnatal; personnel consulté et difficultés dans choix de la maternité; description du lieu d'accouchement
Le dernier tiers (voir méthodologie) de l'Enquête annuelle Emploi en mars 2002 (38 384 personnes), filtré par la question: "Avez-vous un problème de santé de plus de six mois ou un handicap?" (8 947 personnes: oui); non-rép logements 11 %	<u>Enquête emploi</u> : par téléphone à la 3 ^e vague, entrevue de 19 minutes	<u>Enquête emploi</u> : référence à la population totale; enquête obligatoire; base de sondage aréolaire, recensement de 1999 + énumération logements; plan de sondage stratifié, en 4 étapes; tiers échantillon renouvelé chaque année; toutes les personnes de 15 ans et plus de ménage; environ 40% tiers répondants; collecte par l'INSEE; <u>Enquête incapacité</u> : aucune information sauf thèmes de l'enquête	Incapacités et l'emploi; Problèmes de santé chronique; Santé au travail; Limitations au travail; Aides techniques; Handicap
2 031 personnes à la sélection; 950 personnes avec handicap et 364 sans incapacité; 50 à 100 personnes par établissement; Tx : de refus au Q VQS 20,9 %, env 1 % refus au Q HID; dans 32 établissements pénitenciers; Tx : participation de 72,5 % en moyenne des établissements	Court Q de sélection VQS-prisons (18 questions); Q HID par entrevue face à face; Q papier pour raisons de sécurité; évaluation par le md de l'état général de santé par consultation dossier médical	Échantillon stratifié, aléatoire, probabilité égale; 50 à 100 détenus / établissements (exclusion des établissements trop petits, inclusion systématique de 4 grands établissements); échantillon témoin: un détenu sur trois ayant répondu non au VQS; mai 2001 par 64 enquêteurs	Limitations d'activité; Gravité de l'incapacité; Indicateurs d'incapacité; Conditions de vie

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.5

Enquêtes transversales thématiques en France 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Enquête noyades 2002	Institut de veille sanitaire (InVS)	2002	Europe : France métropolitaine et départements d'outre-mer	Personnes victimes d'une noyade entre le 1 ^{er} juin et le 30 septembre, ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés
Enquête épidémiologique sur l'obésité et le surpoids en France	Institut Roche de l'Obésité	2003; triennal depuis 1997	Europe : France métropolitaine	Adolescents et adultes en ménage privé (personnes de 15 ans et plus)
Surveillance médicale des risques professionnels	DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques	2002-2003; 1994; 1987; irrégulière	Europe : France	Travailleurs salariés
Travail et santé à l'ANPE	CRÉAPT : Centre de recherches et d'études sur l'âge et des populations au travail	1997-1998	Europe : France	Travailleurs: agents qui travaillent à l'ANPE (Agence Nationale pour l'emploi)
La prévention des TMS dans une usine de l'automobile	CRÉAPT : Centre de recherches et d'études sur l'âge et des populations au travail	1997	Europe : France	Opérateurs (agents de production dans des usines d'automobile)
Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires	AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments	1999	Europe : France	Population de 3 ans et plus

Tableau C.5

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
2 826 noyades accidentelles dont 252 décès; 315 noyades intentionnelles ou d'origine inconnue dont la moitié suivies de décès	Fiche auto-administrée le jour même de la noyade par un intervenant de l'équipe de secours	Il n'est pas question de taux de réponse: recensement?	Intervention des secours; caractéristiques de la personne accidentée; lieu de la noyade; conditions de survie; stade de la noyade; conséquences: décès, hospitalisation, séquelles
25 770 personnes de 15 ans et plus dans 20 000 foyers en 2003 (Tx : retour de 70 % à 73 % selon l'année)	Q postal de 8 questions incluant poids, taille, tour de taille et facteurs de risque; un seul questionnaire pour plusieurs membres du ménage, le cas échéant	Collecte de données par la SOFRES; panel permanent de 20 000 ménages ou 50 584 personnes; base de sondage à partir d'adresses de personnes interviewées en personne ou au téléphone et acceptant d'être re-contactées par la poste, à 65 %; et «mailings» d'après fichiers loués (INSEE, France-Télécom, etc.) à 35 %; ménages choisis à l'aide d'un algorithme visant à optimiser la représentativité de l'échantillon	Nutrition; Habitudes d'alimentation; Taille et poids; Surpoids; Obésité; Indice de masse corporelle (IMC); Facteurs de risque (diabète, dyslipidémies, tension artérielle); Facteurs démographiques
49 500 salariés en 1994; 49 984 en 2002-2003 (56 314 personnes visées) et 24 496 pour le QAA;	Entrevue (30 minutes) avec médecin du travail; jugement médical sur le risque; en 2001-2002, ajout d'un QAA en 1994 (10 minutes) (à un enquêté sur deux en 2002-2003)	1 792 médecins du travail impliqués dans la collecte (volontaires) en 2002-2003; échantillonnage aléatoire de travailleurs par les md qu'ils voyaient en visite périodique; collecte sur un an environ pour couvrir toutes les saisons; avec les années, étendue du champ à d'autres catégories de salariés (en 1994: salariés du régime général et de la Mutualité sociale agricole; en 2002-2003: étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, La Poste, la SNCF et Air France)	Santé au travail; Accidents du travail; Conditions de travail; Environnement physique; Qualité du milieu de travail
2 036; Tx R : de 75 %	Entrevue par un médecin du travail; peu d'information	Collecte par 140 médecins du travail, volontaires; grande entreprise dispersée en petites unités sur tout le territoire; peu d'information	Santé au travail; Conditions de travail; Autoévaluation de la santé; Conditions de vie; Facteurs de risque
1 453 opérateurs dans 14 établissements	Entrevue de 15-20 minutes par un médecin du travail	Pas d'information sur le mode de sélection de l'échantillon; opérateurs de Renault Automobile, Renault Véhicules Industriels, Matra Automobile, Ford Bordeaux, Peugeot Sochaux; collecte réalisée par 17 md du travail	Santé au travail; Troubles musculo-squelettiques (TMS); Facteurs démographiques
3 003 en 1999	Carnet de consommation alimentaire de 7 jours; questionnaires auto-administrés	Échantillonnage par méthode des quotas; collecte sur 11 mois	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Nutrition; Habitudes alimentaires; Connaissances et opinions des personnes; indice de masse corporelle, pratiques culinaires et d'approvisionnement; activité physique et tabagisme

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.5
Enquêtes transversales thématiques en France 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Baromètre santé nutrition	INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	2002; triennale depuis 1996	Europe : France + 2 régions	Personnes de 12 à 75 ans
Comportements alimentaires des 16-30 ans	CETAF : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé	2001	Europe : France	Personnes de 16 à 30 ans
Conscription	Laboratoire Espace Santé et Territoire (Université Paris X)	Annuel de 1987 à 1996; discontinuée	Europe : France	Hommes de 17-25 ans effectuant la visite médicale des 3 jours du Service militaire
Enquête sur la santé et les consommations de drogues lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD)	Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)	2003; annuelle	Europe : France par région	Adolescents; Jeunes hommes et femmes qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense (âgés pour la plupart de 17 et 18 ans)
Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)	Institut de démographie de l'Université Paris I (Idup)	2000	Europe : France	Femmes de 20 à 59 ans résidant en métropole en ménage privé

Tableau C.5

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
3 153 + env 2 000 pour 2 régions; Tx : refus ménages 16,1 %, Tx : refus personne 7,8 % et Tx : abandon 1,9 %	Entrevue téléphonique 30 min. environ 300 questions; rappel alimentaire 24 heures	Fait partie d'un programme d'enquêtes; échantillon aléatoire de ménages, fichier France Télécom; un répondant/ménage; collecte en février et mars 2002 ts les jours de la semaine; en français; CATI	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Nutrition; Habitudes alimentaires; Connaissances et opinions des personnes; activité physique
4 683 (1 937 hommes; 2 748 femmes)	Entrevue face à face et examen dans un CES (Centre d'examen de santé)	Non disponible sur le Web	Nutrition; Habitudes d'alimentation; Taille et poids; Conditions sociales et économiques; Conditions de vie; Précarité; Pauvreté; Surpoids; Obésité; Indice de masse corporelle; Comportements préventifs; Activité physique
400 000 par an, total de 4 millions sur 7 ans	QAA remis lors de la visite au médecin ou entrevue avec médecin? (informations contradictaires selon la source), mesures physiques (poids, taille, TA, glycémie)	Enquête par recensement	Habitudes de vie, comportements préventifs, état de santé global; Usage de tabac; Nutrition; Consommation d'alcool; Taille et poids; Activité physique; Maladies; Maladies cardiovasculaires; Diabète; Hypertension artérielle
15 710 en 2003 en métropole, 2 993 dans les DOM et 962 dans les COM (Collectivités d'outre-mer); Tx R : env 90 %	Questionnaire auto administré de 25 minutes	Fait partie d'un dispositif comprenant 1) enquête en milieu scolaire (ESPAD) aux 4 ans, 2) enquête téléphonique auprès des 12-75 ans, Baromètre Santé de l'INPES, 3) enquête sur les repré- sentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) faite auprès des 15-75 ans. Tirage exhaustif au sein d'une grappe déterminée (deux jours non choisis aléatoirement pour éviter les périodes particulières)	Facteurs de risque; Usage du tabac; Consommation et dépendance : alcool, drogues illicites; État de santé; Activités et loisirs
6 970; unique	ITAO, 45 minutes	Collecte téléphonique de mars à juillet 2000; résultats redressés par calage sur l'enquête Emploi de l'Insee (1999)	Violences inter- personnelles, verbales, psychologiques, physiques et sexuelles dans les espaces privés et publics; réactions face aux violences subies, recours, conséquence sur la santé, la vie familiale et sociale, l'usage de l'espace

Tableau C.6

Enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Coronary heart disease survey (UK)	Department of Health, Royaume-Uni	1999	Europe : Royaume-Uni: Angleterre	Patients (hosp. ou de jour) avec certains diagnostics de MCV, hôpitaux ayant au moins 200 patients éligibles au cours de la période
National cancer survey (UK)	Department of Health, Royaume-Uni	1999-2000	Europe : Royaume-Uni: Angleterre; par NHS Trust	Patients avec certains diagnostics de cancer (6 types) dans hôpitaux ayant au moins 150 patients éligibles
Acute Inpatient Survey (UK)	Department of Health, Royaume-Uni	2001-2002	Europe : Royaume-Uni: Angleterre; par NHS Trust	Patients des hôpitaux généraux, d'enseignement et de soins spécialisés, ou d'hôpitaux multi-services
General practice survey	Department of Health, Royaume-Uni	1998, 2002	Europe : Royaume-Uni: Angleterre; par Health Authorities en 1998 (n=100), par Primary care organizations en 2002 (n=400)	Personnes de 18 ans et plus ayant consulté un GP (general practitioner) sur 12 mois
Personal Social Services user experience survey 2001-2002	Department of Health, Royaume-Uni	Annuelle depuis 2000-2001	Europe : Royaume-Uni: Angleterre; par council	Personnes de 18 ans et plus ayant reçu des services (en raison d'incapacités physiques, mentales, consommation de drogues, etc.)
Personal Social Services: Survey of home care users in England aged 65 or over: 2002-03	Department of Health, Royaume-Uni	2002-2003; prévue en 2005-06	Europe : Royaume-Uni: Angleterre; par council	Personnes de 65 ans et plus recevant des soins à domicile
Personal social services: Survey of physically disabled and sensory impaired users in England aged 18-64: 2003-04	Department of Health, Royaume-Uni	2003-2004	Europe : Royaume-Uni: Angleterre; par council	Personnes de 18 à 64 ans ayant des incapacités physiques ou sensorielles (et n'ayant pas de difficultés d'apprentissage) recevant des services à domicile

Tableau C.6

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Environ 112 000 patients dans 194 hôpitaux; Tx R : 74 %	Questionnaire postal, 100 questions	Fichiers administratifs de chaque trust, sélection de patients de jour ou hospitalisés (de juin à septembre 1998); fait partie d'un programme d'enquêtes (voir les 2 suivantes)	Évaluation de la qualité des services par des usagers: accès aux soins, confort physique, services et environnement hospitalier information et communication, implication du patient, coordination et continuité soins, sortie et transition
Environ 124 000 patients de 172 hôpitaux (500-800 / hôpital); Tx R : 74 %	Questionnaire postal, 100 questions	Fichiers administratifs de chaque trust, sélection de patients hospitalisés (de juillet 1999 à juin 2000); pas de pondération: tous patients éligibles sélectionnés	Évaluation de la qualité des services par des usagers: accès aux soins, confort physique, services et environnement hospitalier information et communication, implication du patient, coordination et continuité soins, sortie et transition
Environ 95 000 patients de 16 ans et plus de 176 hôpitaux (500 / hôp); Tx R : 64 %	Questionnaire postal, 58 questions	Fichiers administratifs de chaque trust, sélection de 850 patients (épisodes d'hospit.) à leur sortie (de novembre 2001 à avril 2002)	Évaluation de la qualité des services par des usagers: accès aux soins, confort physique, services et environnement hospitalier information et communication, implication du patient, coordination et continuité soins, sortie et transition
145 000 répondants;Tx R : 58,2 %	Questionnaire postal, 100 questions	Base de sondage: registre électoral; février - avril 2002; 3 rappels parfois au téléphone, pondération	Évaluation de la qualité des services par des usagers: accès aux soins, confort physique, services et environnement hospitalier, information et communication, implication du patient, coordination et continuité soins, sortie et transition
38 800; Tx R : 66 %	Questionnaire postal pour 95 %; autres donnés en main propre	Fichier administratif, période de 50 jours surtout en novembre 2001; personnes admissibles aux services sociaux	Services sociaux; Satisfaction des usagers
144 100 personnes	Questionnaire postal (97 %), entrevue téléphonique (1 %) ou face à face (< 1 %)	janvier à avril 2003	Soins à domicile; Satisfaction des usagers
60 500 personnes visées; 31 700 répondants; Tx R : 61 %;	Questionnaire postal à 99 %		Incapacités; Organisation et utilisation des services; Services sociaux; Satisfaction des usagers

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.6

Enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
NHS staff survey	Healthcare Commission?	Annuelle depuis 2003	Europe : Royaume-Uni: Angleterre et pays de Galles; par NHS Trust ou par type de NHS Trust	Employés des NHS de tous types (hôpitaux généraux, spécialisés, soins ambulanciers, etc.)
Carers 2000	ONS : Office for National Statistics	2000-2001; quinquennal depuis 1985	Europe : Royaume-Uni: Grande-Bretagne	Personnes de 16 ans et plus aidant des personnes âgées, malades ou handicapées de leur entourage (aidants naturels);
Survey of Psychiatric Morbidity among Adults in Great Britain	ONS : Office for National Statistics	1993; 2000	Europe : Royaume-Uni: Grande-Bretagne; par pays (Angleterre, Écosse, pays de Galles) et 8 régions d'Angleterre	Adultes de 16-74 ans vivant en ménage privé;
Survey of the mental health of carers living in England.	ONS : Office for National Statistics	2001	Europe : Royaume-Uni: Angleterre	Personnes de 16 ans et plus apportant soins à une personne vivant en ménage privé (même ou autre) sur base non professionnelle et non payée;
Survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales	ONS : Office for National Statistics	1997	Europe : Royaume-Uni: Angleterre et pays de Galles	Hommes et femmes prisonniers (en prévention ou sous sentence) fin juillet 1997
Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates	National Centre for Social Reserch	1999	Europe : Royaume-Uni: Angleterre	Personnes de 16-74 ans de minorités ethniques

Tableau C.6

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
217 968 travailleurs dans 572 trusts Tx R : 60 %	QAA de 2003 lég. modifié; en 2003: 38 questions et plusieurs sous-questions	Collecte de données réalisée localement selon directives communes, en octobre 2004	Contexte de travail, gestion du personnel, attitudes, sécurité au travail; conciliation vie-travail, approbation, formation et développement, travail d'équipe, santé et sécurité, erreurs et incidents, stress, tâches et satisfaction, gestion et supervision, harcèlement et violence
8 221 ménages, Tx R : 67 %	Entrevue CAPI ou CATI de 50 questions; questionnaire au ménage (répondant-clé); QAA aux personnes de 16 ans et plus	Rattachée à la General Household Survey	Caractéristiques de l'aidant et de l'aidé, type d'aide donnée, utilisation des services par l'aidé, état de santé de l'aidant et de l'aidé
12 792 ménages éligibles (Tx R : 89 %); 8 886 répondants 1 ^{re} entrevue (Tx R : 69 %); 638 répondants 2 ^e entrevue (Tx R : 73 %)	Entrevues face à face à domicile (CAPI) durée 1 h 30, 1 ^{re} par intervieweur, 2 ^e sur sous-échantillon entrevue clinique semi-structurée par psychologue et jugement clinique pour évaluer certains problèmes	Fait partie d'une série d'enquêtes (personnes en ménage privé, personnes en institution, sans domicile fixe, enfants et adolescents, usagers de services, prisonniers); échantillon multi-stage random probability (stratifié par régions) du small user Postcode Address File, une personne/ménage; collecte données mars à sept 2000	Morbidité psychiatrique (faut ajouter), santé générale, activités de la vie quotidienne et besoins d'aide, soutien social, désavantage social, événements stressants, utilisation de médicaments et services
1 350; Tx R : 71 %;	Entrevues d'une heure face à face CAPI, basée sur Q de UK Ons 017 légèrement modifié et plus court	Échantillon de General Household Survey de 2000 du small user Postcode Address File; série d'enquêtes initiée en 1993; collecte données mars-juillet 2001	Problèmes de santé mentale, santé générale, utilisation des services de santé, soutien social
1 ^{re} entrevue: 3 142 répondants dans 131 prisons (la totalité des prisons), Tx R : 88 % 2 ^e entrevue, sous-échantillon de 1/5, 505 répondants, Tx R : 75 %;	Entrevues face à face (CAPI?), 1 ^{re} par intervieweur, 2 ^e sur sous-échantillon entrevue détaillée par psychologue et jugement clinique pour évaluer certains problèmes	Échantillon de 1/34 hommes sous sentence); 1/8 hommes en prévention; 1/3 femmes (sentence ou prévention); collecte données de sept à déc 1997	Santé mentale; santé générale; activités de la vie quotidienne et besoins d'aide; soutien social; désavantage social; événements stressants; utilisation de médicaments et services; Prisonniers
4 281; Tx R : 68,2 %; entrevues qualitatives: 116	Entrevues face à face (CAPI) disponible en 6 langues; entrevues en profondeur, exploratoires et non-structurées auprès d'un sous-groupe, enregistrées et transcrites en verbatim après traduction en anglais	Sur-échantillon de six minorités ethniques dans Health Survey for England; données quantitatives; sous-échantillon pour données qualitatives choisi selon des caractéristiques pertinentes (non représentatif statistiquement); durée de l'entrevue non structurés: de 30 min à 2 heures	Problèmes de santé mentale; contexte, expériences et expression de la détresse psychologique; santé physique, soutien social, utilisation des services

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.6

Enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
National survey of the mental health of young people looked after by local authorities in England.	ONS: Office for National Statistics	2001	Europe: Royaume-Uni: Angleterre	Enfants de 5 à 17 ans sous protection sociale
Adult Dental Health Survey (UK)	ONS: Office for National Statistics	1998; décennale depuis 1968	Europe: Royaume-Uni; par pays (Angleterre, Écosse, Irlande du nord, pays de Galles) ainsi que 3 grandes régions d'Angleterre	Personnes de 16 ans et plus vivant en ménage privé
National Diet and Nutrition Survey	ONS: Office for National Statistics et Food Standards Agency	1986-87, 2000-2001; programme actuel: 4 enquêtes visant 4 groupes d'âge (1 an 1/2-4 ans 1/2, 5-18 ans, 19-64 ans et 65 ans et plus) une aux 3 ans	Europe: Royaume-Uni: Grande-Bretagne; par grande région (n=4)	Adultes 19-64 ans vivant en ménage privé
Low Income Diet and Nutrition Survey	ONS: Office for National Statistics et Food Standards Agency	2003-2005	Europe: Royaume-Uni	Personnes en situation de précarité financière (tous âges)
Drug use, smoking and drinking among young people in England	Department of Health, Royaume-Uni	2003; bisannuelle de 1982 à 1998; annuelle depuis 1998	Europe: Royaume-Uni: Angleterre	Adolescents de 11-15 ans des écoles secondaires
Drinking: adults' behaviour and knowledge (UK)	ONS: Office for National Statistics	1997, 2000, 2002, 2004	Europe: Royaume-Uni	Personnes de 16 ans et plus vivant en ménage privé

Tableau C.6

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
1 134 éligibles; 1 039 répondants (au moins une source); 757 enseignants; dans 142 autorités locales	Questionnaires postaux visant 1 à 3 responsables de l'enfant ou adolescent (tuteur, parent, enseignant)	Fichiers des dépts locaux de services sociaux au 31 mars 2001; échantillon proportionnel au nombre dans chaque localité et proportions égales de groupes d'âge; Tx R : de 91 % (au moins une source sur trois), Tx R : de 88 % (source: enseignants); 11-17 ans répondaient aussi pour eux-mêmes	Problèmes de santé mentale, état de santé physique, consommation de médicaments, accidents et blessures, type de placement
6 204 adultes interviewés, 3 817 examinés, dans 3 666 ménages; tx réponse 74 % (entrevues) et 72 % (examens)	Examen dentaire à domicile et entrevue	Base de sondage: adresses; collecte de données de sept à déc 1998 par intervieweurs et dentistes	État de la dentition, attitudes et expériences, soins dentaires et hygiène buccale
2251 (entrevue), 1 724 (journal alimentaire); tx réponse 61% entrevue, 47 % journal alimentaire	CAPI (long et court, 2 visites), journal alimentaire 7 jours, journal activité physique, échantillons sang et urine, auto-décompte dents, mesures anthropométriques, tension artérielle, échantillon eau domicile (fluor)	Fait partie d'un programme d'enquêtes créé en 1992 et transféré en 2000 à la Food Standards Agency (collabo avec Dept of Health); collecte sur 12 mois en 4 vagues; plan sondage probabiliste multi-stage, échantillon de secteurs postaux et d'adresses (small users' Postcode Address File), un adulte / ménage, 88 intervieweurs et "phlebotomists"	Habitudes de vie/ Comportements préventifs; nutrition: habitudes alimentaires, état nutritionnel, état de santé physique et dentaire, consommation tabac et alcool, activité physique, poids corporel
3 600; faible taux de réponse	Entrevues face à face, rappel alimentaire 24 heures, mesure de l'activité physique et de la santé buccodentaire; mesures anthropométriques, échantillon sanguin et prise de tension artérielle;	Collecte de données de novembre 2003 au début 2005	Habitudes alimentaires et statut nutritionnel; poids et taille, tension artérielle, activité physique, condition sociale et situation financière; santé buccodentaire
10 390 élèves de 331 écoles en 2003; tx réponse écoles 74 %, élèves 87 %, global 65 %	QAA dans les écoles, environ 200 questions; Q à la direction de l'école, 17 questions	35 élèves / école; prévalence consommation (tabac, alcool, drogues) mesurée annuellement, autres aspects aux 2 ans, accent tour à tour sur tabac, alcool ou drogues; pilotée par ONS jusqu'en 1999, depuis 2000 par National Centre for Social Research et National Foundation for Educational Research	Consommation de tabac, d'alcool et de drogues; accessibilité, consommation, attitudes et connaissances
3 528 en 2004, tx réponse 64 %	Partie d'un Q omnibus, entrevues face à face	Échantillon stratifié de 100 secteurs postaux, 30 adresses du "Postcode Address File of small users" par secteur, une personne / ménage, pas de proxy; échantillon mensuel; février-mars 2004	Attitudes et comportements relatifs à l'alcool

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.6

Enquêtes transversales thématiques au Royaume-Uni 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Survey on smoking behaviour and attitudes (UK)	Department of Health, Royaume-Uni	2004; annuelle depuis 1995	Europe: Royaume-Uni	Personnes de 16 ans et plus vivant en ménage privé
Survey on contraception and sexual health	ONS: Office for National Statistics	2003-2004; annuelle depuis 1997-1998	Europe: Royaume-Uni	Femmes de 16-49 ans, hommes de 16-69 ans;
Sun exposure adults' behaviour and knowledge	Department of Health, Royaume-Uni	1997	Europe: Royaume-Uni	Adultes

Tableau C.6

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
1 800, Tx R : 64 % en 2004	Partie d'un Q omnibus, entrevues face à face	Échantillon stratifié de 100 secteurs postaux, 30 adresses du "Postcode Address File of small users" par secteur, une personne / ménage, pas de proxy; échantillon mensuel; octobre -novembre 2004	Habitudes de vie/ Comportements Préventifs; Usage du tabac, perceptions
4 600 personnes (n pondéré); Tx R : global 66 % (omnibus), 8 % non-réponse partielle (section)	Partie d'un Q omnibus, entrevues face à face	Échantillon stratifié de 100 secteurs postaux, 30 adresses du "Postcode Address File of small users" par secteur, une personne / ménage, pas de proxy; échantillon mensuel; collecte en juin, septembre, novembre 2003 et mars 2004	Habitudes de vie/ Comportements préventifs; Contraception, stérilisation et vasectomies, comportements sexuels, connaissances sur les MTS, utilisation services de planning familial
Non documenté sur Internet	Partie d'un Q omnibus, entrevues face à face	Collecte en septembre 1997	Habitudes de vie/ Comportements Préventifs; exposition au soleil

Tableau C.7
Enquêtes transversales thématiques en Australie, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
National Nutrition Survey	Australian Bureau of Statistics	1995; unique	Australie: National	Population de 2 ans et plus en ménage privé
Survey of Disability, Ageing and Carers	Australian Bureau of Statistics	1981, 1988, 1993, 1998, 2003; prévue aux 6 ans à l'avenir	Australie : National par État (8)	Personnes ayant une incapacité Personnes âgées de 60 ans et plus en ménage privé ou dans certaines institutions (cared-accommodation) Aidants naturels
National Survey of Mental Health and Wellbeing	Australian Bureau of Statistics	1997; unique	Australie: National, par État (8) ou partie d'État (capitale/autre)	Population de 18 ans et plus en ménage privé

Tableau C.7

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
13 858	Entrevues en personne; Food frequency questionnaire (FFQ); mesures physiques; rappel alimentaire 24 heures	Sous-échantillon de l'enquête National Health Survey; 2 à 3 pers / ménage et tous les 65 ans et plus; 2 ^e rappel alimentaire (1 500); collecte février 1995-mars 1996	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Nutrition; Attitudes; Indice de masse corporelle (IMC)
Échantillon visé en 2003: 36 241 personnes en ménage privé; 5 145 en établissement	Entrevues face à face (CAPI), plusieurs langues; QAA sur l'aide apportée	Définitions HID proposées par l'OMS en 2001; plan de sondage multi-stage; proxy pour les moins de 15 ans, certains 15-17 ans et adultes incapables de répondre	Vieillessement Condition physique Indicateurs d'état de santé Morbidity Indicateurs d'incapacité Conditions de vie
10 641; Tx R : 78 %	Troubles mentaux selon l'instrument : Composite international diagnostic interview (CIDI); interview en personne assisté par ordinateur (IPAO)	Échantillon multi-stage stratifié; diagnostics du DSM-IV et du CIM-10; collecte mai-août 1997; aucune réponse de proxy ou langue étrangère	Santé mentale, troubles mentaux, santé physique, incapacités, utilisation services santé et besoins perçus de services de santé

Tableau C.8

Enquêtes transversales thématiques en Nouvelle-Zélande, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Non-practising Nurses and Midwives	New Zealand Health Information Service	2000; unique	Nouvelle-Zélande: National; par région sanitaire (Area Health Board districts) (15)	Personnel de la santé ; infirmiers, sages-femmes ayant un certificat, enregistrées mais ne travaillant pas en 1999 ni en 2000 au moment de l'enquête
National Children's Nutrition Survey	Nouvelle-Zélande, Ministry of Health	2002; unique	Nouvelle-Zélande: National	Enfants; adolescents (5-14 ans) Élèves en école primaire Élèves en école secondaire
New Zealand National Nutrition Survey	Nouvelle-Zélande, Ministry of Health	1997; unique	Nouvelle-Zélande: National	Population de 15 et plus

Tableau C.8

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
2 434; Tx R : 49 %	Enquête postale Questionnaire auto-administré, 7 questions		Personnel de la santé Infirmiers Environnement de travail Raisons de ne pas travailler
3 275 élèves (Tx R : 69,3 %) dans 172 écoles (Tx R : 91 %)	Entrevue CAPI et rappel alimentaire 24 heures en présence d'un parent (le plus souvent; pour tous les 5-9 ans); food frequency questionnaire (QAA); mesures anthropométriques incl. circonférence taille et plis cutanés; échantillons sang (fe, zn et cholestérol) et urine (iode) auprès d'un sous-échantillon urbain	Sélection aléatoire d'écoles puis d'enfants; visites à l'école pour mesures physiques; entrevues à domicile; 2 ^e rappel alimentaire sur sous-groupe (505); lecteur de codes barres; collecte de fév à déc 2002; 13 comités éthiques régionaux; dernier 24 heures et non jour précédent	Habitudes de vie/ Comportements préventifs; Nutrition Habitudes alimentaires Taille et poids Surpoids Obésité; Activité physique; Santé dentaire; Sécurité alimentaire; Facteurs démographiques Ethnicité Classes socio-économiques
4 636; Tx R : (en cascade) 50,1 %	Interview personnel assisté par ordinateur (IPAO, IAO) 3 questionnaires, total de 34 questions; QAA de 18 questions; rappel alimentaire 24 heures; Mesures anthropométriques incl. plis cutanés, échantillon sanguin (fer, cholestérol), tension artérielle	Liée à New Zealand Health Survey 1996-1997; entrevues à domicile étendues sur 12 mois; échantillon aréolaire, sélection en 3 étapes: aire, ménage, une personne; sur-échantillonnage des peuples autochtones; 14 comités éthiques	Habitudes de vie / Comportements préventifs; Nutrition Habitudes alimentaires Taille et poids Surpoids Obésité Cholestérol Fer Tension artérielle Exposition produits toxiques Facteurs démographiques Ethnicité Classes socioéconomiques

Tableau C.9

Enquête transversale thématique internationale, 1995-2005

Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
La santé mentale en population générale : Images et Réalités	ASEP: Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique	1998-2000 1 ^{re} phase; 2 ^e phase en 2001	Internationale: France, Belgique, Grèce, Comores, Madagascar, Maurice, Mauritanie; non représentatif du territoire national français	Population de 18 ans et plus

Tableau C.9

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
10 882 en 1999; atteint 40 000 en France (métropolitaine et DOM) de 1999 à 2003	Entrevue face à face, 50 questions ouvertes, semi-ouvertes ou fermées; questionnaire structuré pour diagnostics env 30 minutes; fiche complémentaire pour chaque dx; en 12 langues	Recherche-action (implication des acteurs de terrain), approche socio-anthropologique; recrutement des enquêtés dans la rue, lieux publics et à domicile; méthode d'échantillonnage adapté au terrain: en grappes à 2 degrés dans les DOM et méthode des quotas en métropole; collecte données, 1 ^{re} phase, en 1998 et 1999; se poursuit jusqu'en 2003	Indicateurs de santé mentale Troubles mentaux Dépression Sensibilisation du public Facteurs démographiques Représentation

Tableau C.10

Enquêtes longitudinales générales, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Canada	Enquête nationale sur la santé de la population	Statistique Canada	Tous les deux ans sur une période de 18 ans à partir de 1994	Canada	Volet établissements: Résidents d'établissements de soins de santé. Volet ménages: population civile avec certaines exclusions. Volet Nord: population civile du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest
France	Handicaps, incapacités, dépendance	INSEE : L'Institut national de la statistique et des études économiques	Volet établissement : 1998-2000. Volet à domicile : 1999-2001	France	L'ensemble des personnes en invalidité (vivant dans un ménage privé ou dans un établissement)
Grande-Bretagne	Better or worse	ONS: Office for National Statistics	Enquête Psychiatric Morbidity Survey en 2000, suivi après 18 mois et second suivi téléphonique en 2002.	Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse, Pays de Gales)	Personnes âgées entre 16 et 74 ans et habitant dans un ménage privé de Grande-Bretagne lors du sondage d'origine effectué en 2000
Etats-Unis : National	Medical Expenditure Panel Survey	AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality	Depuis 1996, annuelle	Etats-Unis et pour les 4 régions de recensement	4 sondages en un (Ménages; employeurs; professionnels de la santé; personnes en résidence).

Tableau C.10

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Volet établissements: Cohorte de 2 287 répondants en 1994 parmi les 2 600 personnes échantillonnées (Tx R := 88 %). Taux de suivi de 98 % au cycle 4. Volet ménages: Échantillon longitudinal de 17 276 personnes parmi les 20 095 échantillonnées (Tx R := 83 %). Parmi l'échantillon longitudinale, 80,6 % ont répondu au cycle 5 et 72,6 % ont répondu à tous les cycles	Volet établissements: Interview personnel (QRI). Au cycle 4, 70 % des entrevues ont été obtenues par proxy (un parent, un membre du personnel). Volet ménages: La collecte est passée de la majorité en personne (75 % CAPI) au cycle 1 à la presque totalité au téléphone pour les autres cycles (CATI)	Volet établissements: Échantillonnage à deux degrés (établissements, résidents). Volet ménages: Échantillonnage à plusieurs degrés (grappes, logements, personnes). Basé sur l'enquête sociale et de santé de 1992 au Québec et sur l'enquête sur la population active pour les autres provinces. Les trois premiers cycles avaient un volet transversal.	Volet établissements: Problèmes de santé physique; Incapacités; Organisation et utilisation des services et les thèmes du volet ménages privés. Volet ménages: Indicateurs d'état de santé; Vieillesse; Usage du tabac; Désaccoutumance au tabac; Anciens fumeurs; Insécurité alimentaire; Pauvreté; Conditions sociales et économiques; Conditions de vie
Volet établissement: 2 075 établissements, environ 8 personnes tirées parmi les 1920 établissements participants = 15 403 personnes (Tx R := 88 %). Volet à domicile: 21 760 personnes retenues suite à un dépistage (Tx R := 77 %). Taux de suivi inconnus	Entrevue en face à face (QRI). Entrevue auprès du personnel des établissements et de l'aidant principal dans les ménages privés. Peut être par procuration	Volet établissement: tirage à deux degrés (établissements, individus). Volet à domicile: Dépistage connexe au recensement de 1999, soit la pré enquête VQS (Vie Quotidienne et Santé)	Limitations d'activité; Aide avec les soins; Établissements de la santé; Gravité d'incapacité; Indicateurs d'incapacité; Conditions de vie; Incapacités psychologiques; Hospitalisation
Pour l'enquête Psychiatric Morbidity Survey, 8 886 répondants obtenus à partir de 15 804 adresses (Tx R := 70 %). Lors du suivi, 2 413 entrevues complétées sur une possibilité de 4 306. Pour l'entrevue téléphonique, 305 entrevues complétées sur 522	Pour l'enquête Psychiatric Morbidity Survey et lors du suivi à 18 mois (CAPI à l'exception de questions délicates auto administrées (CASI)). Entrevue téléphonique pour la troisième phase (CATI)	Pour l'enquête Psychiatric Morbidity Survey, un échantillon aléatoire à plusieurs degrés (secteurs postaux, adresses, ménages, personne de 16 à 74 ans). Pour le suivi à 18 mois, un échantillon de répondants à l'enquête en sélectionnant plus de gens avec des problèmes mentaux. Pour l'entrevue téléphonique, un échantillon des répondants au premier suivi présentant des problèmes mentaux, de drogue ou d'alcool avec fraction de 1/2	Santé mentale, symptômes de maladies mentales communes, pensées suicidaires, usage de tabac, drogue et alcool, guérison en cas de maladie
En 1996, 8 655 familles répondantes (Tx R : ménage = 83 %).	Entrevues face à face et téléphonique	L'échantillon est tiré des répondants à l'enquête National Health Interview Survey (NHIS) pour fins de couplage.	Utilisation des soins de santé; Fréquences et coûts des soins; Assurances privées

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C. 10

Enquêtes longitudinales générales, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Etats-Unis	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)	National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism (NIAAA)	Deux périodes de collecte: 2001 et 2004	Etats-Unis (4 régions de recensement : Nord, Sud, Est, Ouest)	Personnes de 18 ans et plus vivant dans un ménage privé
Canada	Enquête sur le tabagisme au Canada	Statistique Canada	4 cycles : mai 1994, août 1994 ; novembre 1994, février 1995	Canada (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, provinces des Prairies et Colombie-Britannique)	Personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé
Australie	Negotiating the Life Course	Research School of Social Sciences of the Australian National University	1997, 1999 et 2000	Australie	Personnes de 18 à 54 ans vivant dans un ménage privé

Tableau C.10

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
Taille de 43 093 personnes (Tx R : = 81 %)	Enquête en face à face	Échantillonnage à 3 degrés (comté, ménage, individu). Probabilité de sélection plus élevée pour certaines minorités	Évolution de la consommation d'alcool; Impact économique; caractéristique des consommateurs; etc.
Cycle 1: 15 804 répondants (environ 75 %). Suivi de 79 % au dernier cycle	Collecte téléphonique (CATI).	Génération aléatoire de numéros de téléphone. Liste les membres des ménages rejoins. Sélection d'une personne par ménage avec probabilités inégales (surreprésentation des jeunes et des aînés).	Tabagisme; habitudes; motifs; changement d'habitudes de consommation; effet du prix sur la consommation
En 1997, 2 231 personnes enquêtées sur 7 721 numéros générés (Tx R : = 52 %). En 2003, 1 192 répondants	Enquête téléphonique (CATI)	Composition aléatoire de numéros de téléphone. Une personne sélectionnée par ménage.	Occupation; emploi; fertilité; revenu; événements importants de la vie; santé; etc.

Tableau C.11

Enquêtes longitudinales panels de ménages, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Royaume-Uni	British Household Panel Survey	The ESRC United Kingdom Longitudinal Studies Centre	Depuis 1991 et à chaque année	Royaume-Uni (Écosse, Pays de Gales, Angleterre, Irlande du Nord)	Les personnes vivant dans un ménage privé
Australie	Household, Income and Labour Dynamics in Australia	Department of Family and Community Services	Depuis 2001 et à chaque année	Australie	Les personnes vivant dans un ménage privé
Etats-Unis	Panel Study of Income Dynamics	Institute for Social Research at the University of Michigan	1968 à 1997 aux années et par la suite aux deux ans	États-Unis	Pour l'échantillon de 1968-96 et les années suivantes, la population vivant aux États-Unis et leurs descendants. Ajout des immigrants de 1969-1996, à partir de 1997

Tableau C.11

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
7 491 ménages (Tx R : 74 %). Parmi les ménages répondants, on comptait 13 840 individus (Tx R : 70 %). Panel de 5 538 ménages. En 1999, ajout de 1 500 ménages pour les Pays de Gales et l'Écosse. En 2001, ajout de 2 000 ménages en Irlande du Nord	Entrevue en face à face pour les 16 ans et plus. Depuis 1994, questionnaire autoadministré (the Youth Questionnaire) pour les 11 à 15 ans. Questionnaire ménage en face à face pour le répondant principal (maintenant CAPI)	Échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés (secteurs postaux, adresses, ménages). Tous les membres des ménages sélectionnés étaient enquêtés	Composition du ménage, revenus, valeurs socio-économiques, éducation, état de santé et usage des soins de santé, comportement sur le marché du travail, historique d'emploi, historique de mariage, qualité de vie, questions sur le milieu de vie, etc.
11 693 ménages sélectionnés: dont 7 682 ménages répondants à la première vague (Tx R : 66 %). Ces 7 682 ménages comprennent 19 914 individus	À la première vague, le répondant principal à un formulaire sur la composition du ménage et à un questionnaire ménage. Entrevue en face à face et questionnaire autoadministré pour les 15 ans et plus. Lors des vagues subséquentes, les questionnaires ménage et individuel sont modifiés. Certains questionnaires sur des sujets précis sont introduits lors d'une seule vague	Échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés (régions de recensement, logements). Tous les ménages habitant les logements sélectionnés et les membres de ces ménages étaient enquêtés	Composition du ménage, statut d'emploi, revenus, assurance privée, qualité de vie, santé et bien-être, style de vie, etc.
4 800 familles en 1968 devenues 7 000 familles en 2001. Ajout d'un échantillon d'immigrants en 1997. Tx R : 76 % en 1968, perte de 11.5 % en 1969 et de 1.5 % à 3 % les autres années	1968 à 1972 en personne et après la majorité au téléphone (97,5 % en 1999)	2 échantillons de base: 3000 ménages provenant d'un échantillon représentatif, plus 2 000 familles à bas revenu selon le recensement de 1960.	Dynamique du revenu, pauvreté, structure familiale, mobilité géographique, santé en général et détresse psychologique

Tableau C.12

Enquêtes longitudinales sur les enfants et les adolescents, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Ontario	Enquête sur la santé des jeunes Ontariens (ESJO)	Statistique Canada	1983, 1987 et 2001	Ontario	Personnes nées de 1966 à 1978 inclusivement
États-Unis	National Longitudinal Study of Adolescent Health	NIH: National Institutes of Health	1994-1995; 1996; 2001 2002	États-Unis et quatre régions (Nord, Sud, Est et Ouest)	Adolescents (étudiants de niveau 7 à 12)
Québec	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)	ISQ : Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec	Annuel (depuis 1998)	Québec	Enfants nés, en 1997-1998, de mères vivant au Québec (Naissances simples)
Grande-Bretagne	National Survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain	ONS: Office for National Statistics	Sondage initial en 1999, suivi après 18 mois et suivi après 3 ans	Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse, Pays de Gales)	Les jeunes âgés entre 5 et 15 ans et habitant dans un ménage privé
Canada	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)	Statistique Canada	Depuis 1994 et aux 2 ans	Canada et les provinces	La population civile (de 0 à 11 ans lors de leur sélection) des 10 provinces canadiennes (avec certaines exclusions)
Royaume-Uni	Infant feeding 2000	BMRB Social Research	Depuis 1975, enquête récurrente (aux 5 ans). Chaque répétition est une enquête longitudinale à 3 vagues de collecte (enfants âgés entre 4 et 10 semaines, entre 4 et 5 mois et entre 8 et 9 mois)	Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Gales, Écosse et Irlande du Nord)	Les enfants nés entre août et octobre 2000
Australie	Growing up in Australia : the Longitudinal Study of Australian Children (LSAC)	Australian Institute of Family Studies	Début en 2003 et aux deux ans par la suite	Australie	Première cohorte : enfants nés entre le 1 ^{er} août 2002 et le 30 avril 2003, enfants nés entre le 1 ^{er} août 1998 et le 30 avril 1999

Tableau C.12

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
3 294 enfants répondants âgés entre 4 et 16 ans en 1983 (Tx R : 91 %), 1 850 répondants en 2001 (Tx de suivi = 59 %)	Interview personnel en 1983 (QRI) et entrevues téléphoniques par la suite (CATI)	Échantillon aléatoire de ménages et sélection de tous les enfants	Indicateurs d'état de santé; Expériences vécues pendant l'enfance
Deux phase en 1994-1995; première phase: 90 000 (Tx R : 79 %); deuxième phase: 20 745; 14 738 répondants au cycle 2; 15 197 répondants au cycle 3. Taux de suivi au cycle 3 = 76 %.	QAA dans les écoles pour les 90 000 jeunes et enquête à domicile de 90 minutes pour les 20 000 (CAPI); certaines mesures physiques (salive et l'urine)	Échantillon de 145 écoles donnant 90 000 jeunes et sous-échantillon de plus de 20 000 jeunes; ce dernier est l'échantillon longitudinal	Environnement social; comportements reliés à la santé et surtout à son développement des bonnes habitudes sanitaires
Échantillon initial de 2 817 enfants, dont 2 120 répondants à la première année d'enquête (Tx : 76 %). Ces derniers constituent la cohorte d'enfants qui fait l'objet d'un suivi annuel. Tx : de suivi de 72 % en 2005	Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (CAPI); questionnaire papier rempli par l'intervieweur (QRI); questionnaires auto administrés des parents, d'une fratrie et de l'enseignant, tâches et jeux administrés aux enfants, questionnaire papier administré à l'enfant (QRI), inventaire du milieu familial.	Plan de sondage aléatoire stratifié à deux degrés: unité géographique et enfant; suivi annuel des enfants de familles répondantes au premier volet d'enquête. Base de sondage: fichier maître des naissances vivantes du Québec	Développement moteur, social et cognitif, santé, comportement, alimentation, sommeil, environnement familial et économique, utilisation des services de garde, etc.
Le sondage d'origine comportait 10 438 répondants (Tx R : 83 %). Pour les suivis à 18 mois et à 3 ans, 2 942 et 2 587 répondants (Tx : de suivi de 74 % et 88 %)	Lors du sondage d'origine, CAPI avec un parent et l'enfant. Questionnaire postal à l'enseignant de l'enfant. À 18 mois, questionnaire postal pour les parents. À trois ans, CAPI avec un parent et l'enfant	Échantillonnage à 2 degrés (secteurs postaux, jeunes). Suivi à 18 mois auprès de tous ceux qui avaient des problèmes mentaux et d'un tiers de ceux qui ne présentaient pas de problèmes mentaux. Un suivi à 3 ans auprès des répondants du suivi à 18 mois et de tous ceux qui avaient des problèmes mentaux à l'origine	Santé physique et mental; développement de l'enfant
Enquête longitudinale composée de plusieurs échantillons longitudinaux et transversaux. Par exemple, l'échantillon du cycle 5 est constitué d'environ 30 800 enfants et jeunes	Questionnaires pour les enfants âgés de 0 à 3 ans (CATI) et à domicile pour les autres enfants (CAPI). Enquête postale auprès des enseignants	Échantillon des ménages répondants à l'Enquête sur la population active (EPA).	Étude à long terme sur les enfants canadiens qui permet de suivre leur croissance et leur bien-être de la naissance au début de l'âge adulte
En 2000, 7 000 en Angleterre et aux Pays de Gales, 3 100 en Écosse et 2 600 en Irlande du Nord (Tx R : 72 % à la première vague; Taux de suivi de 87 % et 88 % aux vagues subséquentes)	Enquête postale auprès de la mère	En Angleterre et aux Pays de Gales, échantillonnage à 2 degrés (districts, enfants). En Écosse et en Irlande du Nord, échantillon systématique d'enfants.	Usage du tabac chez la mère, allaitement, alimentation, etc.
5 000 enfants dans chaque cohorte (Tx R : 54 % et 57 % au premier cycle).	Entrevue face à face avec les parents. Questionnaires auto administrés des parents. Enquête postale auprès de l'enseignant ou du milieu de garde. Tests cognitifs de l'enfant.	Échantillonnage stratifié par grappe (codes postaux) à partir d'un fichier administratif (Medicare database)	Données socio-démographiques; structure familiale; développement; santé; éducation; etc.

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.12

Enquêtes longitudinales sur les enfants et les adolescents, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Royaume-Uni	Millennium Cohort Study	Centre for Longitudinal Studies	Début en 2001 (9 mois), second cycle en 2003 (3 ans) et un dernier cycle en 2006 (5 ans)	Royaume-Uni (Écosse, Pays de Gales, Angleterre, Irlande du Nord)	Enfants nés entre le 1 ^{er} septembre 2000 et le 31 août 2001 en Angleterre et aux Pays de Gales; entre le 22 novembre 2000 et le 11 janvier 2002 en Écosse et en Irlande du Nord
Grande-Bretagne	National Child Development Study	Centre for Longitudinal Studies	Début en 1965, 1969, 1974, 1981, 1985 et 1999	Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse, Pays de Gales)	Personnes nées entre le 5 et 11 avril 1970
Grande-Bretagne	1970 British Cohort Study	Centre for Longitudinal Studies	Début en 1970, 1975, 1980, 1986, 1996, 1999	Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse, Pays de Gales)	Personnes nées entre le 3 et 9 mars 1958
Etats-Unis	Early Childhood Longitudinal Study (ECLS)	National Center for Education Statistics	Depuis 1998 et annuelle ou aux deux ans irrégulier	Etats-Unis (4 régions de recensement : Nord, Sud, Est, Ouest)	2 cohortes (Birth Cohort and a Kindergarten Cohort). Kindergarten Cohort: Les enfants inscrits à 1 000 programmes kindergarten durant l'année scolaire 1998-99. Birth Cohort: Enfants nés en 2001

Tableau C.12

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
20 646 enfants (Tx R : varie entre 63 % et 72 % selon le pays)	Entrevue en face à face avec les parents (enfants âgés d'environ 9 mois). Questionnaire autoadministré à la mère	Échantillonnage stratifié par grappe (régions) à partir de fichiers administratifs (surreprésentation des enfants défavorisés)	Santé et comportement de l'enfant, utilisation des soins de santé; caractéristiques socio-démographiques des parents; développement; etc.
En 1965, 17 415 personnes sélectionnés (Tx R : 91 %). Tx : de suivi de 71 % en 1999.	Dernier suivi en 1999. Entrevue en face à face (CAPI) et questionnaire autoadministré (CASI). Suivi de 1999 réalisé simultanément avec le 1970 British Cohort Study	Recensement des bébés nés entre le 3 et le 9 mars 1958	Facteurs influençant le développement physique, mental et social; relation familiale; santé; utilisation des soins de santé; drogue; criminalité; emploi; etc.
En 1970, 16 571 personnes sélectionnés (Tx R : 79 %). TxL de suivi de 70 % en 1999.	Dernier suivi en 1999. Entrevue en face à face (CAPI) et questionnaire autoadministré (CASI). Suivi de 1999 réalisé simultanément avec le National Child Development Study	Recensement des bébés nés entre le 5 et le 11 mars 1970	Facteurs influençant le développement physique, mental et social; relation familiale; santé; utilisation des soins de santé; drogue; criminalité; emploi; etc.
Birth Cohort: 13 500 enfants sélectionnés (Tx R : 74 %). Kindergarten Cohort: 21 387 enfants sélectionnés	Tests cognitifs et physiques pour l'enfant (CAPI) à l'école. Entrevue avec un parent (CATI). Questionnaire autoadministré au professeur et à l'administration de l'école.	Kindergarten Cohort: Échantillonnage à trois degrés (Groupes de comptés, écoles, enfants). Échantillonnage stratifié. Birth Cohort: Échantillonnage à plusieurs degrés (Metropolitan statistical area, groupes de comptés, enfants)	Entrée à l'école; famille; performance scolaire; développement, santé; etc.

Tableau C.13

Enquêtes longitudinales sur les aînés, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
États-Unis	Second Longitudinal Study of Aging	NCHS: National Center for Health Statistics	1994-1997-1999	États-Unis	Personnes âgées de 70 ans et plus vivant un ménage privé
Australie	The Australian Longitudinal Study of Ageing	The Centre for Ageing Studies (CAS)	1992, 1993, 1994, 1995, 1998, 2000, 2003, et toujours active)	Australie	Personnes de 70 ans et plus
Etats-Unis	The Health and Retirement Study (HRS)	The University of Michigan Health	Depuis 1992, annuelle. Toujours active	États-Unis (4 régions de recensement: Nord, Sud, Est, Ouest)	Lors de la première vague, personnes entre 51 et 61 ans vivant dans un ménage privé
Etats-Unis	Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD)	The University of Michigan Health	Depuis 1994, Annuelle. Toujours active, mais maintenant fusionnée à l'enquête HRS	États-Unis (4 régions de recensement: Nord, Sud, Est, Ouest)	Personnes de 70 ans et plus vivant dans un ménage privé
Europe	The Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	Mannheim Research Institute for the Economics of Aging	Début en 2004 et autres cycles à venir	Europe (Danemark, Suède, Autriche, France, Allemagne, Suisse, Belgique, Pays-Bas, Espagne, Italie, Grèce)	Population civile de 50 ans et plus
Canada	Canadian Study of Health and Aging	Université d'Ottawa	1991, 1996 et 2001	Canada (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, provinces des Prairies et Colombie-Britannique)	Personnes de 65 ans et plus
Angleterre	English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)	Institute for Fiscal Studies	Début en 2002 et suivi au 2 ans	Angleterre	Personnes de 50 ans et plus vivant dans un ménage privé

Tableau C.13

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
9 447 personnes répondantes (Tx R : de 87 %) sélectionnées à partir du NHIS. Tx R : de 74 % et 51 % pour les deux suivis	Données de base en en personne (QRI) et les deux suivis au téléphone (CATI); Ajout de données administratives (fichiers de santé et décès)	Échantillon de base provient du NHIS (voir la méthodologie de cette enquête)	Vieillesse; Conditions de vie; Soutien social; Indicateurs d'état de santé; Incapacités; Limitations d'activités; Morbidité; Utilisation des services; Accès aux soins et services; Mode de paiement pour les services; Mortalité
Nombre de répondants pour les 5 premières vagues (2 087, 1 779, 1 679, 1 504, 1 171).	Alternance: (CAPI, QAA, tests cliniques) ou entrevue téléphonique	Échantillonnage stratifié par âge et par sexe à partir d'une liste électorale	Comportements sociaux, besoins en santé, état de santé, utilisation des soins de santé, etc.
Première vague: 12 654 répondants (Tx R : ménage = 80 %, Tx R : individu = 80 %). Tx : de suivi à la 5 ^e vague = 81 %	Baseline: entrevue face à face. Par la suite, enquête téléphonique aux deux ans.	Échantillonnage à 4 degrés (U.S. Metropolitan Statistical Areas, area segments, ménage, individu). Les membres des ménages sélectionnés étaient listés. Probabilité de sélection plus élevée pour certaines minorités. Utilisation de données administratives (Employer Pension Study, National Death Index, Social Security administrative files)	État de santé; Planification et régimes de retraite; Assurances santé; Structure familiale; etc.
Première vague: 8 222 répondants (Tx R : 80 %). Tx : de suivi à la 4 ^e vague = 88 %	Baseline: entrevue face à face. Par la suite, enquête téléphonique	Échantillon de 7 447 répondants tirés de l'enquête HRS. Un échantillon supplémentaire de personnes de 80 ans et plus tiré du fichier "Medicare Master Enrollment File". Probabilité de sélection plus élevée pour certaines minorités. Utilisation de données administratives (Employer Pension Study, National Death Index, Social Security administrative files)	État de santé; Accès et utilisation aux soins de santé; Coûts des soins; Revenus; Structure familiale; etc.
Cycle 1: 22 777 répondant (Tx R : ménage = 57 %; Tx R : personne = 86 %)	Entrevue en face à face avec la personne sélectionnée et son conjoint (CAPI). Questionnaire autoadministré (QAA).	Basée sur l'ELSA et le HRS. Dans certains pays, échantillon stratifié à partir d'un registre d'individus. Dans les autres, échantillonnage à 2 degrés (régions, individus)	Santé physique et mentale; utilisation des soins de santé; emploi; revenu; retraite; vie sociale; etc.
En 1991, 9 008 personnes non institutionnalisés et 1 225 personnes en établissement.	Entrevue en face à face. Tests cognitifs. Tests de santé administrés par une infirmière (vision, ouïe, etc). Évaluation par un neurologue et un médecin	Échantillonnage stratifié à partir de fichiers administratifs provinciaux (assurance maladie). Échantillonnage à deux degrés (établissements, individus)	Les maladies dégénératives; facteurs de risque; utilisation des soins de santé; santé; invalidité;
En 2002, 12 100 répondants (Tx R : 67 %)	Entrevue face à face (CAPI) et questionnaire autoadministré. Walking-speed test. Visite d'une infirmière en 2004	Échantillon de ménages répondants au Health Survey for England (HSE)	Emploi; retraite; santé; invalidité; activités sociales; structure familiale; santé mentale et physique; etc.

.../ suite du tableau à la page suivante

Tableau C.13

Enquêtes longitudinales sur les aînés, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Manitoba	Aging in Manitoba	University of Manitoba	Début en 1971 et 1976 avec 2 enquêtes transversales. En 1983, formation d'un panel à partir d'un nouvel échantillon et des répondants de 1971 et 1976. Suivi en 1990, 1996 et 2001	Manitoba	Personnes de 65 ans et plus en ménage privé ou en établissement

Tableau C.13

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
En 1971, échantillon de 4 803 personnes. En 1976 et en 1983, nouveaux échantillons de 1 302 et 2 877 personnes. Panel initial en 1983 de 5 624 personnes. En 2001, 1 012 entrevues complétées auprès des survivants.	Entrevues en face à face. Utilisation de données administratives (registre des décès, fichiers de Manitoba Health)	Échantillon stratifié à partir d'une liste	Santé mentale, physique, psychologique et sociale; utilisation des services; autonomie; activités sociales; etc.

Tableau C.14

Enquêtes longitudinales une profession ou une entreprise, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Etats-Unis	Nurse's Health Study II	Willett, Dr. Walter	1989 et aux deux ans par la suite	Etats-Unis et 14 états	Infirmiers de 25 à 42 ans en 1989
Etats-Unis	Nurse's Health Study	Speizer, Dr. Frank	1976 et aux deux ans par la suite	Etats-Unis et 11 états	Infirmières mariées de 30 à 55 ans en 1976
Etats-Unis	National Surveys of Veterans Affairs Ambulatory Care Patients	Veterans Health Administration	Deux vagues de collecte (1996-1998)	États-Unis	Anciens combattants américains qui ont reçu des soins médicaux entre mars et août 1996
Europe (10 pays, dont France, Suède et Royaume-Uni)	Nurse's early exit study	NEXT Strudy coordination	Entre 2002- et 2005	Europe (10 pays, dont France, Suède et Royaume-Uni)	Infirmiers et autres soignants des établissements de santé
France	La cohorte épidémiologique Gazel	INSERM : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale	Début en 1989 et à chaque année par la suite	Europe : France	Agents d'Électricité de France et de Gaz de France
France	Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail	Hôtel Dieu Service central de Médecine du travail	Début en 2002 et suivi en 2003	France	Infirmiers et autres soignants dans les établissements de santé
Québec	Première phase: Job strain, psychological distress and burnout in nurses; Suivi: Job strain and evolution of mental health among nurses	Bourbonnais, R.	1998 et 1999	Québec	Infirmiers et infirmières travaillant dans des hôpitaux de soins aigus du Québec (âgés de 23 à 65 ans)
États-Unis	Millennium Cohort Study	Millennium Cohort Study	Début en 2001 et suivi aux trois 3 ans	Etats-Unis	Militaires en service en date du 1 ^{er} octobre 2000 pour la première cohorte. D'autres cohortes s'ajouteront en 2004 et 2007.

Tableau C.14

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
116 686 répondants parmi l'échantillon de 517 000 (Tx R : 23 %)	QAA par la poste, échantillon de sang et d'urine pour un sous-échantillon de personnes	Échantillon ne semble pas sélectionné aléatoirement et la non-réponse est très élevée	Impact des contraceptifs oraux sur la santé
122 000 infirmières ont répondu parmi l'échantillon de 170 000 (Tx R : 72 %)	QAA par la poste, échantillon de sang et d'ongle d'orteil pour un sous-échantillon de personnes	Échantillon ne semble pas sélectionné aléatoirement.	Impact des contraceptifs oraux sur la santé
En 1996, échantillon de 42 595 anciens combattants (Tx R : 77 %). En 1998, sélection de 12 365 répondants à l'enquête de 1996 (Tx : de suivi = 86 %)	Enquête postale	Les répondants proviennent d'une étude transversale; de 32 631 répondants en 1996, 12 365 (37.9%) ont été suivi en 1998: 10 615 (85,8%) de ces personnes ont retourné le questionnaire.	État de santé globale Qualité des services; Satisfaction des usagers; Impacts des soins
échantillon de 77 681 (dont 13 017 France; 7 962 UK) (Tx R : 51 %)	Tous les questionnaires sont postaux. Un questionnaire de base et soit deux questionnaires pour les personnes ayant quitté leur travail ou 1 questionnaire pour celles ayant conservé leur travail (1 an après)	Pas assez d'information, mais semble être une sélection non aléatoire d'établissements et recensement de toutes les infirmiers de ces établissements	Satisfaction au travail; Santé au travail; Stress au travail; Conditions de travail; Départ prématuré
Recensement des agents des 46 288 agents (20 625 répondants, Tx R : 45 %). En 1994, Tx : de suivi de 74 %	Questionnaire auto administré. Utilisation de données administratives (absentéisme, consommation de soins, registre des cancers)	Recensement des employés	Santé au travail; Absentéisme; Facteurs démographiques; Conditions sociales et économiques; Utilisation des services; Cancer; Maladies cardio-vasculaires
Environ 13 000 soignants (Tx R : = 55 %)	Questionnaires auto administrés. Envoi d'un premier questionnaire à tous les soignants. suivi après 12 mois pour les soignants toujours en emploi. Questionnaire envoyé par la poste aux soignants quittant l'établissement durant l'année et suivi après un an	Sélection non aléatoire de 61 établissements et sélection de tous les soignants des établissements retenus	Santé et satisfaction au travail
1 891 infirmiers et infirmières de 6 hôpitaux de soins aigus du Québec	Enquête postale	Pas assez d'information	Conditions de travail des infirmiers, satisfaction au travail, troubles mentaux, détresse, stress au travail, santé au travail, etc.
Environ 77 000 personnes dans la première cohorte. En 2005, Tx : de suivi actuel de 65 %	Enquête postale ou électronique. Utilisation avec consentement de données médicales. Incitation matérielle (chandails, carte d'appel, etc.)	Recensement des militaires en service le 1er octobre 2000	Santé physique et mentale; effet des attaques terroristes sur la santé mentale; etc.

Tableau C.15

Enquêtes longitudinales diverses, 1995-2005

Pays ou territoire	Nom de l'enquête	Auteur principal	Périodicité, début et année	Représentativité territoriale	Population cible
Canada	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations	National Aboriginal Health Organisation	Début en 2002 et aux 4 ans par la suite	Canada : Infrarégionale transversale et régionale longitudinale	Premières nations vivant dans les réserves indiennes
France	Enquête santé, travail et vieillissement	INSERM: Institut nationale de la santé et de la recherche médicale	1990 et 1995	Europe: France et ses 7 régions	Salariés nés en 1953, 1948, 1943, 1938.
Australie	The Australian Longitudinal Study on Women's Health	Université de Newcastle	Projet de 20 ans ayant débuté en 1996. Aux 3 ans. Un groupe d'âge enquêté par an.	Australie (rural et urbain)	Femmes entre 18 et 23 ans, entre 45 et 50 ans et entre 70 à 75 ans.
Europe	The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)	International Agency for Research on Cancer	1993 et 1999 (peut varier selon le pays)	Représentativité non assurée par un plan de sondage approprié	Varie selon le pays

Tableau C.15

Taille d'échantillon et taux de réponse	Mode et instruments de collecte	Méthodologie	Thèmes généraux
En 2002, 22 600 répondants sur 28 400 Échantillonnées (Tx R : 80 %)	Enquête à domicile, questionnaire pour adulte (CAPI), questionnaire pour les adolescents (CASI) et un questionnaire par procuration pour les enfants (CAPI)	Échantillonnage à partir d'une base liste selon la communauté l'âge et le sexe. Certaines petites communautés ont été sélectionnées aléatoirement.	Enquête générale sur la santé avec des thèmes spécifiques aux premières nations (ex : médecine traditionnelle) et des thèmes spécifiques selon l'âge
21 378 répondants en 1990 (Tx R : 88 %), 18 695 répondants en 1995 (Tx : de suivi = 87 %)	En 1990 comme en 1995, l'enquête s'est déroulée lors d'une visite médicale (questionnaire rempli par le médecin et deux questionnaires auto administrés)	Le tirage aléatoire a été réalisé dans les listes exhaustives de la clientèle de quelques 400 médecins du travail provenant de 7 régions	Vieillesse; facteurs démographiques consommation des médicaments; conditions de travail; stress au travail; santé au travail
40 000 répondantes à la première vague (Tx R : 45 %). Tx : de suivi pour la vague 3 entre 64 % et 83 % selon les groupes d'âge.	Enquête postale	Base de sondage employée pas fiable (disent ne pas pouvoir calculer exactement le taux de réponse). Échantillonnage stratifié par âge et région. Analyse de la non-réponse pour s'assurer de l'absence de biais	Santé physique et mentale; utilisation des soins de santé; usage d'alcool, tabac et drogue; emploi du temps; etc.
Plus de 520 000 volontaires	Questionnaires (fréquences alimentaires, journal alimentaire de 7 jours, santé et style de vie), mesures anthropométriques et prise de sang	Échantillon non aléatoire. Sélection de volontaires	Nutrition; Facteurs environnementaux; Cancers et autres maladies chroniques

Ce rapport propose une recension et une synthèse critique de 203 enquêtes de santé réalisées de 1995 à 2005 dans six pays : le Canada, les États-Unis, la France, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ainsi que les enquêtes de grands organismes internationaux. Le rapport met en relief les enquêtes réalisées au Québec. Les enquêtes transversales générales, les enquêtes transversales thématiques et les enquêtes longitudinales sont présentées selon le type de populations visées ou selon les thèmes. Chacun des pays dispose d'au moins une enquête générale auprès de l'ensemble de sa population et presque tous les pays disposent de plusieurs enquêtes longitudinales. Une analyse des méthodes et stratégies d'enquêtes permet de dégager les tendances en ce domaine et le potentiel de transfert pour le Québec des expériences menées dans des pays reconnus pour leur activité statistique. Dans l'ensemble, le Canada, à l'instar du Québec, se compare favorablement aux autres pays, compte tenu de la taille de sa population. Les renseignements présentés seront utiles à la planification des enquêtes portant sur l'état de santé de la population et de ses déterminants. Ils pourront également être utiles aux chercheurs du Canada comme d'ailleurs.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

*Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011)
adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.*

**Institut
de la statistique**

Québec



Site Web : www.stat.gouv.qc.ca
Imprimé au Québec, Canada