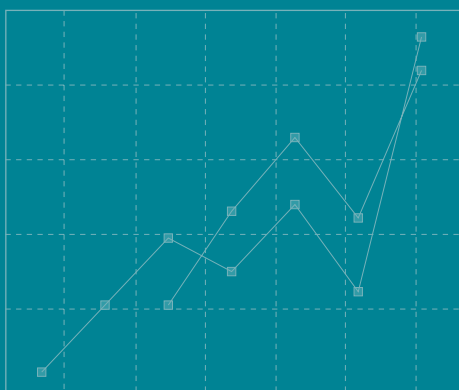




COLLECTION la santé et le bien-être

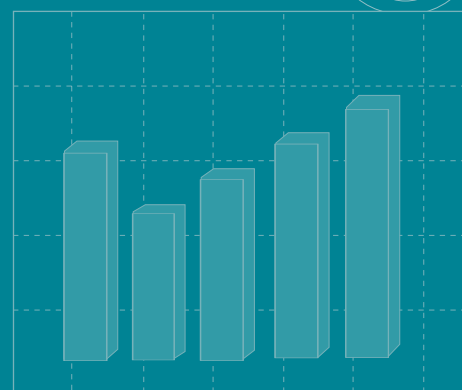
Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999

9

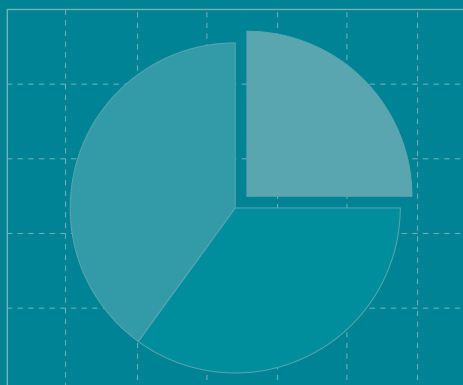


4

0



78



65

2

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 : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2002
ISBN 2-551-21574-9

© Gouvernement du Québec

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

Mai 2002

Avant-propos

Au moment de la mise sur pied du projet d'enquête auprès des enfants et des adolescents québécois, le rapport du Groupe de travail pour les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants*, ainsi que *La politique de la santé et du bien-être* et les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* servaient de guide aux activités de recherche, de planification et d'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux et des instances régionales et locales. Les jeunes y sont considérés comme un groupe vulnérable ayant parfois des besoins importants de soutien et d'aide et dont on reconnaît peu l'apport à la vie collective. D'ailleurs, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes sont identifiés comme l'une des priorités nationales de santé publique. L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, en interrogeant les jeunes d'âge scolaire, s'inscrit dans un processus de reconnaissance de la place importante que nous leur devons dans la collectivité.

Dans les pages qui suivent, on trouvera des renseignements utiles concernant plusieurs des autres priorités d'action de 1997-2002. Les données préliminaires de cette enquête ont été produites à temps pour contribuer à l'élaboration des nouvelles priorités quinquennales qui paraîtront sous peu. Le présent rapport rend aussi disponibles une mine de renseignements qui pourront servir de base de comparaison pour l'atteinte des objectifs visés.

Cette enquête auprès des jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans, de l'envergure de l'*Enquête sociale et de santé 1998* par les thèmes couverts, répondra à des besoins d'information des planificateurs et des intervenants du milieu de la santé et des services sociaux. Elle pourrait également être utile à d'autres milieux tels ceux de l'éducation et des loisirs. Avec le volet cardiovasculaire de l'enquête, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) avec ses collaborateurs, a repoussé les limites quant à la faisabilité d'enquêtes complexes. Ce volet pourrait

être utilisé comme enquête pilote et repris par les autres provinces canadiennes.

D'autres enquêtes de l'ISQ, qu'elles soient thématiques comme l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* ou de portée générale comme l'*Enquête sociale et de santé*, se sont attardées aussi aux jeunes de cet âge. Cependant, la présente enquête interroge directement les jeunes pour la première fois sur une grande variété de thèmes. Certaines régions l'ont fait précédemment, ce qui a d'autant mis en évidence le besoin d'une enquête à l'échelle du Québec. Le fait d'enquêter auprès des principaux milieux de vie des jeunes – la famille et l'école – conformément à une approche systémique, répond d'autant mieux à ce besoin qu'il permet d'identifier une gamme élargie de facteurs associés à l'état de santé.

L'ISQ a utilisé toute son expertise pour que les méthodes correspondent aux plus hauts standards de qualité, tant en ce qui concerne les méthodes d'échantillonnage que la collecte des données ou l'analyse statistique. D'autre part, il a fait appel à des experts du milieu universitaire, du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec pour le choix des mesures et l'interprétation des résultats afin que ceux-ci tiennent compte de l'état actuel des connaissances sur les thèmes abordés.

Les résultats présentés dans ce rapport laissent place à des analyses plus approfondies. L'ISQ encourage les recherches faites à partir de ses données d'enquêtes. Ainsi, un programme du Fonds de la recherche en santé du Québec offre chaque année des subventions à des chercheurs qui présentent un projet dans le cadre d'un concours de recherche utilisant ces données. Le Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) permet l'accessibilité aux banques de données à des étudiants et autres personnes

poursuivant des objectifs conformes à ceux de l'ISQ et de la santé publique.

Je termine en remerciant les 3 700 enfants et adolescents qui ont accepté de répondre aux questions de l'enquête et de se prêter à des mesures physiologiques, leurs parents qui ont aussi donné de leur temps et les 182 écoles primaires et secondaires qui ont ouvert leurs portes aux équipes de collecte des données. Qu'ils soient assurés de notre engagement à respecter la confidentialité des précieuses données recueillies et à les utiliser pour le mieux-être des jeunes québécois. Je tiens aussi à remercier tous les collaborateurs qui ont participé à la réalisation de l'enquête et à la production de ce rapport.

Le directeur général,

Yvon Fortin

Cette publication a été réalisée sous la direction de :

Jacinthe Aubin, Direction Santé Québec, ISQ
Claudette Lavallée, Direction Santé Québec, ISQ
Jocelyne Camirand, Direction Santé Québec, ISQ
Nathalie Audet, Direction Santé Québec, ISQ
Brigitte Beauvais, Direction Santé Québec, ISQ
Paul Berthiaume, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, ISQ

Assistés des membres du comité d'édition :

Marthe Deschesnes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Lynda Fortin, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gilles Paradis, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Michel Tousignant, Université du Québec à Montréal

Avec la collaboration de :

Stéphane Bernard, Direction Santé Québec, ISQ
Robert Courtemanche, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, ISQ
France Lapointe, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, ISQ
Yann Latulippe, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, ISQ

Avec l'assistance technique de :

Jean-François Cardin, Maryse Lemieux et Hervé Lohoues, Direction Santé Québec, ISQ, au traitement et à la validation des données
Nadia Tremblay et Lucie Desroches, Direction Santé Québec, ISQ, à la mise en page
Nicole Descroisselles, Direction de l'édition et des communications, ISQ, à la révision linguistique

Enquête coordonnée par :

Claudette Lavallée, Direction Santé Québec, ISQ

Direction de Santé Québec :

Daniel Tremblay

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 a été subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre
Santé Canada
la compagnie Kellogg Canada inc.

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 700
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 : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Citation suggérée pour le rapport :

AUBIN, J., C. LAVALLÉE, J. CAMIRAND, N. AUDET et autres (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.

Citation suggérée pour un chapitre :

RIBERDY, H., et C. MORIN (2002). « Caractéristiques socioculturelles et situation financière des jeunes » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 65-76.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans le présent rapport sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Tous les résultats apparaissant dans ce rapport ont été pondérés à moins d'un avis contraire expressément mentionné dans le texte (voir chapitre 1).

Signes conventionnels :

..	Donnée non disponible
...	N'ayant pas lieu de figurer
—	Néant ou zéro
—	Donnée infime
Pe '000	Population estimée en milliers

Remerciements

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 s'est avérée une entreprise d'envergure qui a exigé de tous ses participants et collaborateurs une expertise et une patience à toute épreuve. Nous tenons à les remercier chaleureusement tous et toutes en espérant n'oublier personne.

Nous exprimons tout d'abord notre gratitude à nos bailleurs de fonds qui ont permis la réalisation de l'enquête et la production du présent rapport, principalement le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre et Santé Canada.

Le contenu du volet portant sur la santé cardiovasculaire s'est appuyé sur l'avant-projet *Quebec Youth Cardiovascular Disease Risk Factor Survey* développé par Gilles Paradis, Jennifer O'Loughlin et leurs collaborateurs dans le cadre de l'initiative canadienne en santé du cœur. La participation financière inconditionnelle de la compagnie *Kellogg Canada inc.* à ce volet de l'enquête a été grandement appréciée. Le prétest a été réalisé grâce à la contribution financière du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) de Santé Canada en collaboration avec la province de Québec.

La préparation et la réalisation de l'enquête ont débuté en janvier 1996 avec une journée de réflexion où les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux impliqués dans la recherche ou l'intervention auprès des jeunes québécois étaient regroupés. Un prétest a ensuite fourni une base concrète et fiable pour l'élaboration d'un protocole détaillé. Nous remercions chaleureusement Suzanne Bélanger qui a mené cette entreprise complexe avec compétence et bonne humeur.

Soulignons la participation de la regrettée Janne Lavallière de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, de

Michèle Violette et de Martin Garneau du ministère de l'Éducation¹ à l'élaboration du plan de communication et aux activités qui en ont découlé. Les avis du comité d'éthique de Santé Québec ont été fort appréciés à plus d'une reprise au cours du développement des procédures d'enquête.

La responsabilité de la collecte a été confiée au groupe *Léger & Léger, recherche et stratégie marketing* à la suite d'un appel d'offres. Denis Fagnan assisté de Johanne Thérault ont géré cette vaste entreprise qui les a menés aux quatre coins du Québec. Nous remercions les chefs d'équipes régionales, les infirmières, les kinésiologues et les intervieweurs pour l'enthousiasme et la débrouillardise dont ils ont fait preuve au cours de l'hiver 1999. Nous avons également apprécié la patience et le dévouement de la direction et du personnel des écoles participantes. La bonne volonté des parents et particulièrement celle des enfants et des adolescents nous ont beaucoup touchés.

La formation des enquêteurs a donné le coup d'envoi à la collecte des données. Marie Lambert, Louise Lamarche, Nancy McDonald et Louise Thibault de l'hôpital Sainte-Justine, Gilles Paradis de la RRSSS de Montréal-Centre et Marielle Ledoux de l'Université de Montréal ont partagé leur expertise à cette occasion et tous les participants l'ont apprécié.

Soulignons la compétence et l'efficacité de l'équipe de la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales de l'ISQ dont la collaboration remonte aux premières hypothèses de travail en 1995. Remercions en particulier Paul Berthiaume dont nous avons apprécié la présence constante malgré les distances. Lyne Des Groseilliers et Marcel Godbout de même que Robert Courtemanche et France Lapointe encadrés par Louise Bourque ont aussi apporté leur contribution.

¹ L'affiliation mentionnée est celle des personnes au moment de leur collaboration aux travaux de la présente étude.

Le rôle du comité d'orientation d'une enquête comme celle-ci est inestimable. La compétence, la connaissance du milieu et le dévouement des personnes suivantes sont à souligner :

Lise Bertrand, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre;

Marthe Deschesnes, Direction de la santé publique, RRSSS de l'Outaouais;

Lynda Fortin, Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux;

Micheline Mayer, Institut de recherche pour le développement social des jeunes;

Gilles Paradis, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre;

Louise Séguin, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal;

Michel Tousignant, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal;

Michèle Violette, Direction de la recherche, Ministère de l'Éducation.

Comme dans toute enquête de l'envergure de celle-ci, la Direction Santé Québec doit faire appel à des experts du milieu de la santé et des services sociaux, des centres de recherche ou des universités pour élaborer les instruments et les plans d'analyse et ensuite pour analyser les résultats et rédiger les différents chapitres. Nous leur sommes reconnaissants pour la somme de travail et la patience dont ils ont fait preuve tout au long du processus itératif qui a mené au présent rapport. Leur nom ainsi que l'organisme auquel ils étaient rattachés lors de leur collaboration est présenté en tête de chapitre. Un sincère merci aux lecteurs externes dont les commentaires sont venus enrichir les contenus et soigner la présentation.

La production d'un collectif de l'ampleur du présent document a nécessité un immense travail de révision et d'uniformisation auquel ont participé Marthe Deschesnes, Lynda Fortin, Gilles Paradis et Michel

Tousignant, membres externes du comité de révision, ainsi que Jean-Pierre Courteau de la Direction de la santé publique de la RRSSS de l'Outaouais.

Finalement, la réalisation de cette enquête et la production de son rapport général n'auraient pas été possibles sans la collaboration et le soutien de toute l'équipe de la Direction Santé Québec qui a par ailleurs connu quelques changements de personnel au cours de ces années. Soulignons l'importante contribution de son directeur Daniel Tremblay à toutes les étapes du projet et de Jocelyne Camirand pour sa participation à l'élaboration des questionnaires et à la révision des textes. Notre gratitude s'adresse aussi à Nathalie Audet et Brigitte Beauvais, responsables du traitement des données, à Jean-François Cardin, Maryse Lemieux et Hervé Lohoues au traitement et à la vérification des données, à Stéphane Bernard au suivi de l'édition des textes, à Nicole Descroisselles² pour la révision linguistique, Lise Ménard-Godin² pour la recherche documentaire, France Lacoursière³ pour les aspects administratifs, France Lozeau, Thérèse Cloutier, Nadia Tremblay, Lucie Desroches et Jocelyne Tanguay² à l'édition.

Parmi les collaborateurs externes, James Lawler a fait la traduction des questions et Mireille Paradis a assuré la mise en page des questionnaires; nous les remercions de leur excellent travail.

Claudette Lavallée
Coordonnatrice de projets

Jacinthe Aubin
Responsable du rapport

Direction Santé Québec - ISQ

² Direction de l'édition et des communications.

³ Direction de l'administration.

Table des matières

Avant-propos

Remerciements

Lexique

Introduction générale

Chapitre 1 Méthodes

Introduction	47
1.1 Procédures d'enquête	47
1.1.1 Plan de sondage	47
1.1.2 Taille et répartition de l'échantillon	49
1.1.3 Plan de communication	50
1.1.4 Instruments et collecte des données	50
1.1.5 Taux de réponse	53
1.2 Traitement des données	55
1.2.1 Validation	55
1.2.2 Pondération	55
1.2.3 Méthode d'analyse	56
1.3 Présentation des résultats	57
1.4 Aspects éthiques	58
1.5 Portée et limites de l'enquête	58
Bibliographie	61

DESCRIPTION DES JEUNES ET DE LEUR MILIEU DE VIE

Chapitre 2 Caractéristiques socioculturelles et situation financière des jeunes

Introduction	65
2.1 Aspects méthodologiques	66
2.2 Résultats	68
2.2.1 Caractéristiques socioculturelles des enfants et des adolescents	68
2.2.2 Situation financière des adolescents	70
2.2.2.1 Perception de leur situation financière	70
2.2.2.2 Emploi des adolescents	71
Conclusion	72
Bibliographie	75

Chapitre 3 Milieu familial et milieu de garde

Introduction	77
3.1 Composition du milieu familial	78
3.1.1 Introduction	78
3.1.2 Aspects méthodologiques	78
3.1.3 Résultats	80
3.1.3.1 Typologie des milieux familiaux	80
3.1.3.2 Fratrie	81
3.1.3.3 Modes de vie des enfants de parents désunis	82
3.2 Caractéristiques socioéconomiques et insécurité alimentaire	84
3.2.1 Introduction	84
3.2.2 Aspects méthodologiques	85
3.2.3 Résultats	88
3.2.3.1 Situation financière	88
3.2.3.2 Scolarité, occupation principale et temps de travail	89
3.2.3.3 Insécurité alimentaire	90
3.2.3.4 Variations selon le type de milieu familial	91
3.3 Recours aux services de garde	95
3.3.1 Introduction	95
3.3.2 Aspects méthodologiques	95
3.3.3 Résultats	96
3.3.3.1 Recours à la garde et enfants laissés seuls	96
3.3.3.2 Variations selon certains facteurs associés	96
Conclusion	99
Bibliographie	103
Tableau complémentaire	107

Chapitre 4 Milieu scolaire et caractéristiques des jeunes à l'école

Introduction	109
4.1 Aspects méthodologiques	110
4.2 Résultats	112
4.2.1 Milieu scolaire	112
4.2.2 Cheminement scolaire des enfants et des adolescents	119
4.2.3 Motivation scolaire des enfants et des adolescents	122
4.2.4 Intérêt des parents pour les activités scolaires de leur enfant	127
Conclusion	128
Bibliographie	131
Tableaux complémentaires	133

Chapitre 5 Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage

Introduction	137
5.1 Aspects méthodologiques	138
5.2 Résultats	140
5.2.1 Insécurité ressentie par les enfants et les adolescents	140
5.2.2 Insécurité perçue par le parent.....	144
5.2.3 Évaluation du quartier par le parent	145
Conclusion	148
Bibliographie	151

RELATION DES JEUNES AVEC LEUR MILIEU

Chapitre 6 Interaction parent-enfant

Introduction	155
6.1 Aspects méthodologiques	157
6.1.1 Échelle d'interaction parent-enfant	157
6.1.2 Indicateurs.....	158
6.1.3 Portée et limites des données	159
6.2 Résultats	160
6.2.1 Interaction parent-enfant selon l'âge et le sexe.....	160
6.2.2 Interaction parent-enfant selon certaines caractéristiques du milieu familial.....	160
Conclusion	164
Bibliographie	167

Chapitre 7 Soutien social

7.1 Soutien social des enfants et des adolescents.....	171
Introduction.....	171
7.1.1 Aspects méthodologiques	172
7.1.2 Résultats	174
7.1.2.1 Description du soutien social	174
7.1.2.2 Soutien social et milieu familial	178
7.1.2.3 Soutien social et santé mentale	180
Conclusion.....	182
7.2 Soutien social des parents	184
Introduction.....	184
7.2.1 Aspects méthodologiques	185
7.2.2 Résultats	185
7.2.2.1 Disponibilité d'une source de soutien social	185
7.2.2.2 Satisfaction du parent face à sa vie sociale	186
Conclusion.....	187
Bibliographie	189

HABITUDES DE VIE

Chapitre 8 Usage de la cigarette

Introduction	195
8.1 Aspects méthodologiques	197
8.2 Résultats	199
8.2.1 Essai et première cigarette.....	199
8.2.2 Usage de la cigarette	200
8.2.3 Facteurs associés à l'usage de la cigarette	201
8.2.4 Fumée de tabac à la maison	205
8.2.5 Politiques sur le tabac à l'école	205
Conclusion	206
Bibliographie	209

Chapitre 9 Consommation de substances psychoactives

Introduction	211
9.1 Aspects méthodologiques	213
9.1.1 Alcool	213
9.1.2 Drogues	214
9.2 Résultats	215
9.2.1 Consommation d'alcool chez les enfants et les adolescents.....	215
9.2.2 Consommation de drogues chez les enfants et les adolescents.....	218
9.2.3 Conséquences de la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents	221
9.2.4 Facteurs associés à la consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents	222
Conclusion	224
Bibliographie	227

Chapitre 10 Activité physique

Introduction	231
10.1 Aspects méthodologiques	232
10.2 Résultats	235
10.2.1 Pratique d'activités physiques	235
10.2.2 Facteurs associés	240
Conclusion	243
Bibliographie	247
Tableau complémentaire.....	251

Chapitre 11 Emploi du temps et pratiques culturelles

Introduction	253
11.1 Aspects méthodologiques	254
11.2 Résultats	255
11.2.1 Temps consacré à diverses activités	255
11.2.2 Pratiques de lecture	257
11.2.3 Pratiques d'autres loisirs culturels	259
11.2.4 Variables associées aux pratiques culturelles	259
11.2.5 Utilisation de l'ordinateur	262
11.2.6 Loisir, santé et bien-être	264
Conclusion	266
Bibliographie	269
Tableau complémentaire	271

Chapitre 12 Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse

Introduction	273
12.1 Aspects méthodologiques	275
12.1.1 Définition opérationnelle des variables	275
12.1.2 Limites des données	276
12.2 Résultats	277
12.2.1 Profil comportemental en matière de sexualité	277
12.2.2 Profil comportemental au regard des méthodes de protection	279
12.2.3 Perception de contrôle en matière de sexualité	280
12.2.4 Perception de contrôle, statut d'activité sexuelle et utilisation d'un moyen de protection	281
12.2.5 Activités relatives à l'éducation sexuelle	283
Conclusion	285
Bibliographie	289
Annexe	291

Chapitre 13 Comportements alimentaires

Introduction	293
13.1 Aspects méthodologiques	294
13.2 Résultats	296
13.2.1 Petits déjeuners	296
13.2.2 Consommation d'aliments du restaurant	299
13.2.3 Cadre social au souper	301
Conclusion	304
Bibliographie	307

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Chapitre 14 Poids et image corporelle

Introduction	311
14.1 Aspects méthodologiques.....	313
14.1.1 Mesures anthropométriques.....	313
14.1.2 Image corporelle	315
14.2 Résultats.....	317
14.2.1 Poids corporel	317
14.2.1.1 Facteurs associés au poids corporel.....	318
14.2.2 Image corporelle	320
14.2.2.1 Perception et satisfaction au regard de son image corporelle	320
14.2.2.2 Facteurs associés à la satisfaction à l'égard de l'image corporelle.....	322
14.2.2.3 Comportements de modification du poids.....	327
Conclusion	332
Bibliographie	337
Tableaux complémentaires	341

Chapitre 15 Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Introduction	345
15.1 Aspects méthodologiques.....	347
15.1.1 Mesure des lipides plasmatiques et de la glycémie	347
15.1.2 Mesure de la tension artérielle	348
15.1.3 Variables mesurées par questionnaire.....	348
15.1.4 Portée et limites des données	349
15.2 Résultats.....	350
15.2.1 Lipides plasmatiques.....	350
15.2.2 Glycémie et tension artérielle.....	353
15.2.3 Variations selon la catégorie de poids.....	357
15.2.4 Variations selon les antécédents parentaux.....	357
15.2.5 Facteurs de risque modifiables	361
Conclusion	364
Bibliographie	367

Chapitre 16 État de santé physique et recours aux médicaments

Introduction	371
16.1 Aspects méthodologiques	372
16.2 Résultats	374
16.2.1 État de santé	374
16.2.1.1 Perception de l'état de santé	374
16.2.1.2 Problèmes de santé de courte durée	379
16.2.1.3 Problèmes de santé chroniques ou de longue durée	382
16.2.1.4 Limitation des activités	384

16.2.2	Consommation de médicaments	385
16.2.2.1	Nombre de médicaments consommés	385
16.2.2.2	Classes de médicaments consommés	385
Conclusion		387
Bibliographie		391

Chapitre 17 Asthme et rhinite allergique : prévalence et déterminants

Introduction		393
17.1	Aspects méthodologiques	394
17.2	Résultats	396
17.2.1	Prévalence et gravité de l'asthme et de la rhinite allergique	396
17.2.2	Relations entre l'asthme, les allergies et l'atopie	399
17.2.3	Asthme, tabagisme et déterminants environnementaux	401
Conclusion		403
Bibliographie		407
Tableau complémentaire		409

Chapitre 18 Blessures, exposition au risque et mesures de protection

Introduction		411
18.1	Aspects méthodologiques	413
18.1.1	Indicateurs	413
18.1.2	Portée et limites des données	414
18.2	Résultats	415
18.2.1	Accidents avec blessures	415
18.2.1.1	Prévalence des accidents avec blessures	415
18.2.1.2	Lieu et circonstances de l'accident	416
18.2.1.3	Nature et conséquences des blessures	416
18.2.2	Niveau d'exposition à diverses activités physiques et motorisées	417
18.2.3	Accidents avec blessures selon le niveau d'exposition au risque	420
18.2.4	Utilisation de l'équipement de protection	421
Conclusion		422
Bibliographie		427
Tableaux complémentaires		429

SANTÉ MENTALE ET ADAPTATION SOCIALE

Chapitre 19 Santé mentale

Introduction	433
19.1 Aspects méthodologiques	435
19.2 Résultats	436
19.2.1 Estime de soi.....	436
19.2.2 Troubles émotifs des enfants et détresse psychologique des adolescents	438
19.2.3 Idées et tentatives de suicide	440
Conclusion	443
Bibliographie	447

Chapitre 20 Violence et problèmes de comportement

Introduction	451
20.1 Aspects méthodologiques	454
20.2 Résultats	456
20.2.1 Jeunes témoins de violence domestique entre adultes	456
20.2.2 Victimisation à l'école.....	457
20.2.3 Taxage	458
20.2.4 Port d'une arme.....	460
20.2.5 Comportements d'opposition.....	461
20.2.6 Problèmes de comportement	462
Conclusion	465
Bibliographie	469

Chapitre 21 Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence

Introduction	471
21.1 Aspects méthodologiques	473
21.2 Résultats	474
21.2.1 Violence subie par les filles dans les relations amoureuses	474
21.2.2 Violence infligée par les garçons dans les relations amoureuses	477
Conclusion	479
Bibliographie	483

Chapitre 22 Synthèse et conclusion

22.1	Synthèse des résultats	485
22.1.1	Caractéristiques des jeunes et de leurs milieux de vie	485
22.1.2	Relations des jeunes avec leurs milieux de vie	486
22.1.3	Habitudes de vie	487
22.1.4	État de santé physique	488
22.1.5	Santé mentale et adaptation sociale	490
22.2	Conclusion	492
22.2.1	Ampleur et cooccurrence des problèmes	492
22.2.2	Facteurs de risque ou de protection	493
22.2.3	Éléments de réflexion pour l'intervention : une perspective systémique	495
	Bibliographie	497

Annexes

Annexe 1 Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs

Annexe 2 Instruments de collecte des données

Annexe 3 Calcul des intervalles de confiance pour des proportions

Annexe 4 Caractéristiques des parents

Liste des tableaux

Chapitre 1 Méthodes		2.6	Perception de sa condition financière, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	70	
1.1	Répartition de l'échantillon des écoles et des jeunes et distribution de la population	50	2.7	Travail rémunéré, adolescents de 13 ans et 16 ans aux études, Québec, 1999	71
1.2	Taux de réponse des écoles selon l'âge des enfants et des adolescents	53	2.8	Temps consacré au travail rémunéré par semaine, adolescents de 13 ans et 16 ans aux études ayant un emploi rémunéré, Québec, 1999	72
1.3	Taux de réponse des enfants et des adolescents à l'enquête selon l'âge	53	2.9	Motif du travail, adolescents de 13 ans et 16 ans aux études ayant un travail rémunéré, Québec, 1999.....	72
1.4	Taux de réponse des enfants et des adolescents à l'école primaire ou secondaire pour les différents instruments de collecte selon l'âge	54	Chapitre 3 Milieu familial et milieu de garde		
1.5	Effet de plan selon le type d'analyse et le type de paramètre selon l'âge des enfants et des adolescents.....	56	3.1	Type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	81
1.6	Type de région de l'école fréquentée selon l'âge des enfants et des adolescents à l'école primaire ou secondaire	58	3.2	Composition de la fratrie selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	82
Chapitre 2 Caractéristiques socioculturelles et situation financière des jeunes		3.3	Autres caractéristiques de la fratrie dans le milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	82	
2.1	Enfants et adolescents selon le sexe, Québec, 1999	68	3.4	Motifs pour lesquels les enfants et adolescents ne vivent pas avec leurs deux parents, Québec, 1999	83
2.2	Caractéristiques ethniques et culturelles des enfants et des adolescents, Québec, 1999	69	3.5	Modalité d'habitation des enfants et adolescents dont les parents sont séparés ou divorcés ou n'ont jamais cohabité, Québec, 1999	83
2.3	Identité ethnique perçue des adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	69	3.6	Type de contact avec le parent non gardien, enfants et adolescents vivant surtout avec un seul de leurs parents, Québec, 1999.....	84
2.4	Appartenance ethnoculturelle de la famille habituelle des enfants et des adolescents, Québec, 1999	70	3.7	Situation financière du milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	88
2.5	Identité ethnique perçue des adolescents de 13 ans et 16 ans selon l'appartenance ethnoculturelle de leur famille habituelle, Québec, 1999.....	70			

3.8	Caractéristiques socioéconomiques du milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	89
3.9	Type d'horaire et nombre d'heures par semaine de travail des parents, enfants et adolescents dont au moins un des parents occupe un emploi, Québec, 1999	90
3.10	Présence et ampleur de l'insécurité alimentaire dans le milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	90
3.11	Présence d'insécurité alimentaire selon certaines caractéristiques socioéconomiques du milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	91
3.12	Revenu relatif du ménage selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	92
3.13	Perception du parent de sa situation financière selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	93
3.14	Plus haut niveau de scolarité des parents selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	93
3.15	Présence d'insécurité alimentaire selon le type de milieu familial et le nombre d'enfants, Québec, 1999	94
3.16	Principal mode de garde utilisé, enfants de 9 ans qui se font garder, Québec, 1999	97
3.17	Recours à la garde selon divers facteurs associés, enfants de 9 ans, Québec, 1999	97
C.3.1	Description des catégories de l'indice de revenu relatif, <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i>	107

Chapitre 4 Milieu scolaire et caractéristiques des jeunes à l'école

4.1	Services ou installations disponibles pour les enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999	113
4.2	Type de repas offert gratuitement ou à coût réduit aux enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999...	114
4.3	Type de repas ou collation offert gratuitement ou à coût réduit aux enfants et adolescents à l'école selon la qualité du quartier, Québec, 1999 ...	115
4.4	Certains services éducatifs complémentaires disponibles pour les enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999.....	116
4.5	Utilisation de certains services à l'école selon le sexe, Québec, 1999.....	117
4.6	Politiques ou règlements en vigueur à l'école, Québec, 1999	118
4.7	Réponses « tout à fait » ou « plutôt d'accord » aux énoncés concernant la perception du climat de l'école, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	118
4.8	Perception positive du climat de l'école par les adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999	119
4.9	Répartition des enfants et adolescents selon l'année scolaire en cours, Québec, 1999.....	119
4.10	Redoublement selon le sexe et certaines caractéristiques du milieu familial, Québec, 1999	120
4.11	Redoublement selon certaines caractéristiques des adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	121
4.12	Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant déjà été inscrits en cheminement particulier de formation (CPF) selon le sexe et le redoublement, Québec, 1999.....	121

4.13	Perception des résultats scolaires comme étant au-dessus de la moyenne dans la langue d'enseignement selon certains facteurs associés, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	122
4.14	Réponses aux énoncés de la confiance en soi à l'école, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	124
4.15	Réponses positives aux énoncés de l'indice de confiance en soi à l'école selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	124
4.16	Réponses à la question « En général, est-ce que tu aimes aller à l'école? », enfants de 9 ans, Québec, 1999	125
4.17	Goût pour l'école selon certains facteurs associés, enfants de 9 ans, Québec, 1999	125
4.18	Aspirations scolaires des adolescents de 13 ans et 16 ans selon certains facteurs associés, Québec, 1999.....	126
4.19	Composantes de l'indice d'intérêt des parents pour l'école, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	127
4.20	Composantes de l'indice d'intérêt des parents pour l'école, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	128
C.4.1	Population estimée d'enfants et d'adolescents ayant accès à certains services ou installations à l'école, Québec, 1999	133
C.4.2	Population estimée d'enfants et d'adolescents ayant accès à certains types de services alimentaires à l'école, Québec, 1999	133
C.4.3	Fréquence de diverses situations déclarée par la direction de l'école, Québec, 1999	134

Chapitre 5 Perception de l'environnement social : quartier ou voisinage

5.1	Insécurité ressentie sur le chemin de l'école par les enfants et les adolescents selon le sexe, Québec, 1999.....	141
5.2	Insécurité ressentie sur le chemin de l'école par les jeunes selon l'utilisation de la marche pour se rendre à l'école et le sexe, enfants de 9 ans et adolescents de 13 ans, Québec, 1999.....	142
5.3	Motifs de l'insécurité ressentie, enfants et adolescents ayant peur sur le chemin de l'école, Québec, 1999	142
5.4	Mode de transport utilisé pour se rendre à l'école, Québec, 1999	142
5.5	Insécurité ressentie sur le chemin de l'école selon le nombre d'expériences de victimisation à l'école depuis septembre, Québec, 1999.....	143
5.6	Insécurité du quartier perçue par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999.....	144
5.7	Niveau de détresse psychologique de l'adolescent selon l'insécurité du quartier perçue par le parent, adolescents de 16 ans, Québec, 1999	145
5.8	Qualité du quartier comme endroit pour élever des enfants évaluée par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999.....	145
5.9	Évaluation du quartier par le parent des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	146
5.10	Évaluation des caractéristiques du quartier par le parent des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	147
5.11	Évaluation très positive des éléments positifs du quartier par le parent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999	148
5.12	Présence de problèmes de comportement chez les adolescents selon l'évaluation des éléments négatifs du quartier par le parent, adolescents de 16 ans, Québec, 1999	148

Chapitre 6 Interaction parent-enfant

6.1	Scores définissant les niveaux de soutien affectif et de contrôle abusif maternels et paternels, <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i>	158
6.2	Score moyen de soutien affectif et de contrôle abusif maternels et paternels, selon le sexe des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	161
6.3	Niveau de soutien affectif maternel et paternel selon le type de milieu familial, Québec, 1999	162
6.4	Niveau de contrôle maternel et paternel abusif selon le type de milieu familial, Québec, 1999	162
6.5	Niveau de soutien affectif maternel et paternel selon la composition de la fratrie du milieu de vie habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999	163
6.6	Niveau de soutien affectif maternel et paternel selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999.....	164

Chapitre 7 Soutien social

7.1	Soutien perçu par les enfants et les adolescents (catégorie beaucoup) en provenance de diverses sources selon le sexe, Québec, 1999.....	176
7.2	Nombre de sources de soutien des enfants et des adolescents selon le sexe, Québec, 1999.....	177
7.3	Propension des enfants et des adolescents à se confier selon le sexe, Québec, 1999.....	178
7.4	Soutien perçu par les enfants et les adolescents (catégorie beaucoup) en provenance du père et de la mère selon le type de milieu familial, Québec, 1999	179
7.5	Nombre de sources de soutien des enfants et des adolescents selon le type de milieu familial, Québec, 1999 .	179

7.6	Soutien perçu par les enfants en provenance des amis selon le niveau de troubles émotifs, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	180
7.7	Nombre de sources de soutien selon le niveau de troubles émotifs, enfants de 9 ans, Québec, 1999	180
7.8	Soutien perçu par les adolescents (catégorie beaucoup) en provenance de diverses sources selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	181
7.9	Nombre de sources de soutien des adolescents selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	181
7.10	Confiance au cours d'une période de six mois selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	182
7.11	Satisfaction face au soutien reçu selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans s'étant confiés au cours d'une période de six mois, Québec, 1999.....	182
7.12	Parent ne disposant d'aucune source de soutien selon le sexe du parent, Québec, 1999.....	185
7.13	Satisfaction du parent face à sa vie sociale, Québec, 1999	186
7.14	Niveau élevé de contrôle parental abusif selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale, adolescents de 13 ans, Québec, 1999.....	186
7.15	Enfants et adolescents témoins de violence domestique entre adultes selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale, Québec, 1999	187
7.16	Indice de troubles émotifs selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale, enfants de 9 ans, Québec, 1999	187

7.17	Comportements d'opposition selon la satisfaction du parent face à sa vie sociale, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	187
------	--	-----

Chapitre 8 Usage de la cigarette

8.1	Catégorisation des fumeurs et définitions, Québec, 1999	198
8.2	Expérience de la cigarette selon le sexe, Québec, 1999.....	199
8.3	Catégorie de fumeurs selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	200
8.4	Quantité de cigarettes fumées habituellement par jour, fumeurs actuels et débutants de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	201
8.5	Catégorie de fumeurs selon certaines caractéristiques socio-démographiques, adolescents de 16 ans, Québec, 1999.....	203
8.6	Catégorie de fumeurs selon l'indice de détresse psychologique et le niveau d'estime de soi, adolescents de 16 ans, Québec, 1999.....	204
8.7	Catégorie de fumeurs selon le polyusage d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois, adolescents de 16 ans, Québec, 1999.....	204
8.8	Nombre de personnes qui fument à la maison à tous les jours ou presque, Québec, 1999	205
8.9	Nombre de cigarettes fumées à l'intérieur de la maison au cours d'une journée habituelle, Québec, 1999.....	205
8.10	Type de politique sur l'usage du tabac à l'école, Québec, 1999.....	206

Chapitre 9 Consommation de substances psychoactives

9.1	Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	215
-----	--	-----

9.2	Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	216
9.3	Modalités de consommation d'alcool selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant consommé au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1999.....	217
9.4	Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon l'âge de la première consommation, adolescents de 16 ans ayant consommé, Québec, 1999.....	217
9.5	Consommation de drogues au cours de la vie et au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	218
9.6	Âge de la première consommation d'une drogue, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant consommé, Québec, 1999.....	219
9.7	Fréquence de consommation de marijuana au cours d'une période de 12 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	219
9.8	Consommation de différentes drogues au cours d'une période de 12 mois selon le type de drogues, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	220
9.9	Consommation de drogues au cours de la vie selon l'appartenance ethnoculturelle de la famille, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	220
9.10	Polyusage d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	220
9.11	Conséquences de la consommation d'alcool ou de drogues au cours d'une période de 12 mois selon le polyusage de ces substances, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant consommé, Québec, 1999	222

9.12	Fréquence de consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon la perception de ses résultats scolaires en langue d'enseignement, adolescents de 16 ans ayant consommé, Québec, 1999	222
9.13	Consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois selon la fréquence de consommation d'alcool du parent, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	223
9.14	Consommation de drogues au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques scolaires, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	224
9.15	Consommation de drogues au cours de la vie selon la consommation de drogues du parent au cours d'une période de 12 mois, adolescents de 16 ans, Québec, 1999.....	224

Chapitre 10 Pratique de l'activité physique

10.1	Indicateurs d'activité physique pratiquée au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999....	236
10.2	Indicateurs d'adhérence aux recommandations de pratique d'activités physiques du Comité scientifique de Kino-Québec selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	237
10.3	Perceptions des enfants de 9 ans quant à leur niveau d'activité physique comparé selon le sexe, Québec, 1999	237
10.4	Perceptions des adolescents de 13 ans et 16 ans quant à leur niveau d'activité physique comparé selon le sexe, Québec, 1999.....	238
10.5	Niveau d'activité physique des parents au cours d'une période de trois mois, en général et avec leur enfant, selon le sexe de l'enfant ou de l'adolescent, Québec, 1999.....	238
10.6	Pratique d'activités physiques spécifiques au cours d'une période de 7 jours (janvier à mai), Québec, 1999.....	239

10.7	Garçons et filles ayant un niveau élevé ou très élevé d'activité physique (7 séances ou plus) selon la participation au cours d'éducation physique, au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1999.....	240
10.8	Garçons et filles de 13 ans et 16 ans pratiquant une activité physique plus vigoureuse trois jours ou plus selon la participation au cours d'éducation physique, au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1999.....	240
10.9	Garçons et filles ayant un niveau élevé ou très élevé d'activité physique (7 séances ou plus par semaine) selon le niveau d'activité physique des parents, Québec, 1999..	241
10.10	Garçons et filles de 13 ans et 16 ans pratiquant une activité physique plus vigoureuse trois jours ou plus par semaine selon le niveau d'activité physique des parents, Québec, 1999..	241
10.11	Garçons et filles ayant un niveau élevé ou très élevé d'activité physique (7 séances ou plus par semaine) selon le niveau d'activité physique des parents avec eux, Québec, 1999.....	242
10.12	Garçons et filles de 13 ans et 16 ans pratiquant une activité physique plus vigoureuse trois jours ou plus par semaine selon le niveau d'activité physique du parent avec eux, Québec, 1999.....	242
10.13	Moyenne d'heures déclarées d'écoute de la télévision par jour selon le sexe et le nombre de séances d'activité physique au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1999.....	243
C.10.1	Population estimée de garçons et de filles pratiquant l'activité physique au cours d'une période de 7 jours selon divers indicateurs, Québec, 1999.....	251

Chapitre 11 Emploi du temps et pratiques culturelles

11.1	Temps consacré aux devoirs et leçons selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	255
------	---	-----

11.2	Temps consacré aux devoirs et leçons et au travail rémunéré selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	256	11.13	Fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison parmi ceux qui en disposent selon le sexe, Québec, 1999.....	262
11.3	Moyenne d'heures déclarées d'écoute de la télévision par jour sur semaine et la fin de semaine selon le sexe, Québec, 1999.....	256	11.14	Fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison parmi ceux qui en disposent selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999.....	263
11.4	Moyenne d'heures déclarées d'écoute de la télévision par jour selon diverses variables, Québec, 1999.....	257	11.15	Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon la fréquence d'utilisation d'un ordinateur à la maison parmi ceux qui en disposent, Québec, 1999.....	263
11.5	Pratiques de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon le sexe, Québec, 1999.....	258	11.16	Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le niveau d'activité physique au cours de la même période, Québec, 1999.....	264
11.6	Nombre de sources de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon le sexe, Québec, 1999.....	258	11.17	Nombre de sources de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon le niveau d'activité physique au cours de la même période, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	265
11.7	Pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le sexe, Québec, 1999.....	259	C.11.1	Présence d'un ordinateur à la maison selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999.....	271
11.8	Certaines pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le temps consacré au travail rémunéré par semaine, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	260	Chapitre 12 Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse		
11.9	Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le temps consacré au travail rémunéré par semaine, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999....	260	12.1	Estimation du nombre de sujets exclus des résultats relatifs aux questions sur les relations sexuelles avec pénétration selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	277
11.10	Nombre de sources de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon le temps consacré aux devoirs et leçons, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	261	12.2	Expériences amoureuses des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999.....	278
11.11	Nombre de sources de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon le nombre de pratiques de loisir au cours de la même période, Québec, 1999.....	261	12.3	Comportements sexuels des adolescents de 16 ans actifs sexuellement selon le sexe, Québec, 1999.....	279
11.12	Présence d'un ordinateur à la maison selon le sexe, Québec, 1999.....	262	12.4	Comportements de protection des adolescents de 16 ans actifs sexuellement selon le sexe, Québec, 1999.....	279

12.5	Perception d'être fortement en contrôle en matière de sexualité selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	280	13.3	Fréquence du déjeuner au cours d'une période de 5 jours d'école selon le revenu relatif du ménage et la présence d'insécurité alimentaire, Québec, 1999.....	298
12.6	Perception d'être fortement en contrôle quant au choix d'être actif sexuellement selon le statut d'activité sexuelle et le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	282	13.4	Fréquence du déjeuner au cours d'une période de 5 jours d'école selon le redoublement, Québec, 1999.....	298
12.7	Utilisation effective du condom à la première et à la dernière relation selon la perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection et selon le sexe, adolescents de 16 ans actifs sexuellement, Québec, 1999.....	283	13.5	Fréquence du déjeuner au cours d'une période de 5 jours d'école selon la perception de ses résultats scolaires en langue d'enseignement, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	299
12.8	Utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses à la première et à la dernière relation selon la perception de contrôle quant à l'utilisation d'un moyen de protection, adolescents de 16 ans actifs sexuellement, Québec, 1999.....	283	13.6	Fréquence de consommation de repas et collations au restaurant et de repas livrés à domicile au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999.....	300
12.9	Adolescents de 13 ans et 16 ans selon l'attitude du parent quant à leur éducation sexuelle, Québec, 1999.....	283	13.7	Fréquence de consommation de repas au restaurant ou livrés à domicile au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999.....	300
12.10	Utilisation effective d'un moyen de protection contre les grossesses à la première et à la dernière relation selon la fréquence à laquelle leur parent a abordé la question des relations amoureuses avec eux et selon le sexe, adolescents de 16 ans actifs sexuellement, Québec, 1999.....	284	13.8	Fréquence à laquelle les enfants et adolescents ont soupé seuls, avec la famille, la gardienne ou les amis au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1999.....	301
C.12.1	Présence des menstruations chez les filles, Québec, 1999.....	291	13.9	Fréquence à laquelle les adolescents de 13 ans et 16 ans ont préparé leur souper eux-mêmes au cours d'une période de 7 jours selon le sexe, Québec, 1999.....	303
C.12.2	Stade de puberté des enfants et des adolescents selon le sexe, Québec, 1999.....	291	13.10	Choix alimentaires lors de la préparation du souper selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant préparé leur souper eux-mêmes au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1999.....	303
Chapitre 13 Comportements alimentaires					
13.1	Fréquence du déjeuner au cours d'une période de 5 jours d'école selon le sexe, Québec, 1999.....	296	13.11	Fréquence d'écoute de la télévision pendant le souper selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	304
13.2	Fréquence du déjeuner au cours d'une période de 5 jours d'école selon la catégorie de fumeurs, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	297			

Chapitre 14 Poids et image corporelle

14.1	Catégories de poids définies selon les seuils percentiles de l'indice de masse corporelle (IMC) et des plis cutanés, <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i>	314
14.2	Proportion des enfants et des adolescents présentant de l'embonpoint ou de l'obésité selon l'IMC seul et selon l'IMC enrichi des mesures de plis cutanés, selon le sexe, Québec, 1999.....	315
14.3	Répartition des enfants et des adolescents selon la catégorie de poids (IMC enrichi des mesures de plis cutanés) et selon le sexe, Québec, 1999	317
14.4	Catégorie de poids du parent selon celle des enfants et adolescents et le sexe, Québec, 1999.....	318
14.5	Perception de l'état de santé selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999	319
14.6	Niveau d'estime de soi selon la catégorie de poids et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999	320
14.7	Image corporelle actuelle et souhaitée selon le sexe, Québec, 1999.....	321
14.8	Indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle selon le sexe, Québec, 1999	322
14.9	Présence d'influence de l'entourage à l'égard du poids ressentie par les adolescents de 13 et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999.....	323
14.10	Désir d'une plus petite silhouette selon la présence d'influence directe de l'entourage à l'égard du poids ressentie par les adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999.....	324
14.11	Présence de préoccupation des parents à l'égard du poids selon le sexe et la catégorie de poids de l'enfant ou de l'adolescent, Québec, 1999.....	325
14.12	Proportion d'adolescents satisfaits de leur image corporelle selon différents facteurs et le sexe, Québec, 1999.....	326
14.13	Actions concernant le poids selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	327
14.14	Actions concernant le poids selon le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999.....	327
14.15	Actions concernant le poids selon la catégorie de poids et le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999.....	328
14.16	Actions concernant le poids selon la catégorie de poids et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999.....	329
14.17	Méthodes pour perdre du poids ou contrôler son poids utilisées sur une période de 6 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	330
14.8	Méthodes pour gagner du poids utilisées sur une période de 6 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	331
C.14.1	Population estimée d'enfants et d'adolescents selon la catégorie de poids (IMC enrichi des mesures de plis cutanés) et selon le sexe, Québec, 1999.....	341
C.14.2	Valeurs des 5 ^e , 85 ^e et 95 ^e percentiles de l'IMC et du 75 ^e percentile du ratio des plis sous-scapulaire et triceps selon le sexe, Québec, 1999.....	341
C.14.3	Concordance entre la perception de l'image corporelle et la catégorie de poids mesurée, selon le sexe, Québec, 1999.....	341
C.14.4	Proportion des enfants et des adolescents satisfaits de leur image corporelle selon la perception de leur silhouette actuelle et selon le sexe, Québec, 1999.....	342

C.14.5	Population estimée d'enfants de 9 ans posant des actions concernant leur poids selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999	342
C.14.6	Population estimée d'adolescents de 13 et 16 ans posant des actions concernant leur poids selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999	343
C.14.7	Actions concernant le poids selon l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle et le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999	343
C.14.8	Actions concernant le poids selon l'indice de satisfaction à l'égard de l'image corporelle et le sexe, adolescents de 13 et 16 ans, Québec, 1999	344

Chapitre 15 Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

15.1	Valeurs seuils (mmol/L) pour la catégorisation des lipides et de la glycémie, <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i>	349
15.2	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques de cholestérol total (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999	351
15.3	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques du cholestérol des lipoprotéines de basse densité (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999	352
15.4	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques du cholestérol des lipoprotéines de haute densité (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999	352
15.5	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques des triglycérides (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999	353

15.6	Proportion de jeunes présentant des valeurs limites ou élevées de cholestérol total (CT), de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) et de triglycérides (TG) ou présentant une valeur limite ou basse de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C-HDL), selon le sexe, Québec, 1999.....	354
15.7	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour les concentrations plasmatiques de glucose (mmol/L) selon le sexe, Québec, 1999.....	354
15.8	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour la tension artérielle systolique (mmHg) selon le sexe, Québec, 1999.....	355
15.9	Moyenne, écart-type et certains percentiles pour la tension artérielle diastolique (mmHg) selon le sexe, Québec, 1999.....	356
15.10	Proportion de jeunes présentant une tension artérielle systolique limite ou élevée selon le sexe, Québec, 1999 ...	356
15.11	Valeurs moyennes des lipides plasmatiques selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999.....	358
15.12	Valeurs moyennes de la glycémie et de la tension artérielle selon la catégorie de poids et le sexe, Québec, 1999.....	359
15.13	Valeurs moyennes des lipides plasmatiques selon le nombre de facteurs de risque parentaux de MCV et le sexe, enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents, Québec, 1999.....	360
15.14	Valeurs moyennes de la glycémie et de la tension artérielle selon le nombre de facteurs de risque parentaux de MCV et le sexe, enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents, Québec, 1999.....	361
15.15	Valeurs moyennes des lipides plasmatiques selon l'histoire parentale déclarée d'hypercholestérolémie et le sexe, enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents, Québec, 1999.....	362

15.16	Valeurs moyennes de tension artérielle selon l'histoire parentale déclarée d'hypertension et le sexe, enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents, Québec, 1999	363
15.17	Nombre de facteurs de risque modifiables de MCV selon le sexe, Québec, 1999	363
15.18	Nombre de facteurs de risque modifiables de MCV selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999	364

Chapitre 16 État de santé physique et recours aux médicaments

16.1	Perception de l'état de santé selon le sexe, Québec, 1999	374
16.2	Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif maternel, enfants de 9 ans, Québec, 1999	375
16.3	Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif maternel, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	375
16.4	Perception de l'état de santé selon le niveau de soutien affectif paternel, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	376
16.5	Perception de l'état de santé selon le niveau de troubles émotifs, enfants de 9 ans, Québec, 1999	376
16.6	Perception de l'état de santé selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	376
16.7	Perception de l'état de santé selon le niveau d'estime de soi, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	377
16.8	Perception de l'état de santé selon la catégorie de poids et le niveau d'activité physique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	378
16.9	Perception de l'état de santé selon le revenu relatif du ménage et la perception de sa situation financière, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	378

16.10	Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999	379
16.11	Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	379
16.12	Fréquence des problèmes de santé de courte durée selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999	380
16.13	Fréquence des problèmes de santé de courte durée selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	381
16.14	Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le niveau de troubles émotifs, enfants de 9 ans, Québec, 1999	382
16.15	Nombre et fréquence de problèmes de santé de courte durée selon le niveau de détresse psychologique, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	382
16.16	Nombre de problèmes de santé chroniques ou de longue durée selon le sexe, Québec, 1999	383
16.17	Prévalence des problèmes de santé chroniques ou de longue durée selon le sexe, Québec, 1999	384
16.18	Limitation des activités selon le sexe, Québec, 1999	384
16.19	Nombre de médicaments consommés au cours d'une période de deux semaines selon le sexe, Québec, 1999	385
16.20	Consommation de médicaments au cours d'une période de deux semaines selon la classe de médicaments et le sexe, Québec, 1999	386

Chapitre 17 Asthme et rhinite allergique : prévalence et déterminants

17.1	Prévalence de l'asthme et des sibilances et présence d'une histoire familiale d'asthme selon le sexe, Québec, 1999	397
17.2	Prévalence du rhume des foins, de la rhinite, de la rhinoconjonctivite et présence d'une histoire familiale de rhume des foins selon le sexe, Québec, 1999	398
17.3	Limitations d'activités dues à l'asthme, enfants et adolescents limités dans leurs activités, Québec, 1999	398
17.4	Degré de gêne dans les activités quotidiennes, enfants et adolescents victimes de rhinite, Québec, 1999	398
17.5	Relations entre l'asthme, les sibilances et les allergies, Québec, 1999	399
17.6	Concentration moyenne des IgE totales sanguines selon le sexe, Québec, 1999	400
17.7	Concentration moyenne des IgE totales sanguines selon la présence d'asthme, de sibilances et d'allergies, Québec, 1999	400
17.8	Prévalence d'asthme ou de sibilances selon le revenu relatif du ménage, Québec, 1999	401
17.9	Enfants et adolescents vivant dans une résidence où des modifications ont été apportées à cause des problèmes respiratoires d'un ou plusieurs membres du ménage, Québec, 1999	402
17.10	Enfants et adolescents vivant dans une résidence où des modifications ont été apportées, enfants et adolescents ayant un problème d'asthme ou de sibilances, Québec, 1999	403

17.11	Présence de facteurs de risque susceptibles d'altérer la qualité de l'air dans la résidence des enfants et des adolescents ayant un problème d'asthme ou de sibilances, Québec, 1999	403
-------	--	-----

C.17.1	Proportion des enfants et des adolescents exposés à diverses caractéristiques liées à la qualité de l'air de la résidence, Québec, 1999	409
--------	---	-----

Chapitre 18 Blessures, exposition au risque et mesures de protection

18.1	Mortalité et morbidité à la suite de blessures, enfants de 5-14 ans, Québec, autour de 1997-1998	412
18.2	Enfants et adolescents ayant eu un accident avec blessures selon le sexe, le type de région de l'école, le revenu relatif du ménage et le niveau de scolarité de la mère, Québec, 1999	415
18.3	Enfants et adolescents ayant eu un accident avec blessures selon le sexe et le lieu de l'accident, Québec, 1999 ..	417
18.4	Pratique de certaines activités physiques et motorisées selon le sexe, Québec, 1999	419
18.5	Pratique de certaines activités physiques et motorisées selon le type de région de l'école, Québec, 1999	420
18.6	Port d'équipement de protection, enfants et adolescents ayant pratiqué l'activité physique, Québec, 1999	421
C.18.1	Vocabulaire utilisé pour décrire les véhicules dans l' <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i> , code correspondant dans la classification internationale des maladies et âge minimum pour avoir droit au permis de conduire	429
C.18.2	Enfants et adolescents ayant eu un accident avec blessures selon l'activité exercée au moment de l'accident, Québec, 1999	430

C.18.3	Population estimée pratiquant des activités physiques et mororisées, Québec, 1999	430
--------	---	-----

Chapitre 19 Santé mentale

19.1	Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de 9 ans selon le plus haut niveau de scolarité des parents, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999	437
19.2	Niveau d'estime de soi des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, Québec, 1999.....	437
19.3	Niveau faible d'estime de soi des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999	438
19.4	Niveau élevé de troubles émotifs des enfants de 9 ans selon le sexe, le type de milieu familial, le niveau de détresse psychologique du parent et le niveau de soutien affectif paternel, Québec, 1999	438
19.5	Niveau élevé de détresse psychologique des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, le niveau d'estime de soi, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999	439
19.6	Principal motif de non-consultation, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique et n'ayant pas consulté, Québec, 1999	440
19.7	Présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois selon le sexe, le redoublement et le niveau de soutien affectif parental, enfants de 9 ans, Québec, 1999	441
19.8	Idées et tentatives de suicide selon le sexe et nombre de tentatives de suicide sur une période de 12 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	441

19.9	Présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois selon le niveau d'estime de soi, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	442
19.10	Principal motif de non-consultation, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant rapporté des conduites suicidaires sur une période de 12 mois et n'ayant pas consulté, Québec, 1999.....	443

Chapitre 20 Violence et problèmes de comportement

20.1	Enfants et adolescents témoins de violence domestique entre adultes selon le sexe, Québec, 1999.....	456
20.2	Type de violence domestique entre adultes déclarée par les enfants et les adolescents, Québec, 1999	456
20.3	Niveau élevé de détresse psychologique, niveau faible d'estime de soi et victimisation à l'école selon l'exposition à la violence domestique entre adultes, Québec, 1999	457
20.4	Nombre d'expériences de victimisation à l'école depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999	458
20.5	Nature des expériences de victimisation à l'école depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999	459
20.6	Victimisation à l'école selon le niveau d'estime de soi, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	459
20.7	Enfants et adolescents victimes de taxage depuis septembre selon le sexe, Québec, 1999	460
20.8	Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant porté une arme au cours d'une période de six mois selon le sexe, Québec, 1999.....	460
20.9	Adolescents de 13 ans et 16 ans ayant porté une arme selon certaines variables associées, Québec, 1999	460

20.10	Comportements d'opposition selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	461	21.5	Cumul sur 12 mois des types de violence infligée par les garçons ayant fréquenté une fille au cours de la même période, Québec, 1999	478
20.11	Type de comportements d'opposition selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	461	21.6	Nombre de types de violence infligée par les garçons de 16 ans ayant fréquenté une fille au cours des 12 mois de référence selon certains facteurs associés, Québec, 1999	478
20.12	Comportements d'opposition selon certaines variables associées, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	462	Annexe 4 Caractéristiques des parents		
20.13	Problèmes de comportements selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	462	A.4.1	Âge et sexe du parent répondant, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	515
20.14	Type de problèmes de comportement selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999.....	463	A.4.2	Plus haut niveau de scolarité du parent répondant, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999	516
20.15	Problèmes de comportement selon certaines variables associées, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999	464	A.4.3	Usage de la cigarette chez les parents des enfants et adolescents, Québec, 1999.....	516
Chapitre 21 Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence			A.4.4	Consommation d'alcool et de drogues sur une période de 12 mois par le parent répondant, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	517
21.1	Filles de 13 ans et 16 ans ayant fréquenté un garçon au cours des 12 mois de référence, qui ont subi au moins une fois des gestes de violence durant une relation amoureuse, sur la même période, Québec, 1999	475	A.4.5	Catégorie de poids du parent répondant selon le sexe, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999	518
21.2	Cumul sur 12 mois des types de violence subie par les filles de 13 ans et 16 ans ayant fréquenté un garçon au cours de la même période, Québec, 1999	475	A.4.6	Limitation d'activités chez les parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	518
21.3	Nombre de types de violence subie par les filles de 16 ans ayant fréquenté un garçon au cours des 12 mois de référence selon certains facteurs associés, Québec, 1999.....	476	A.4.7	Indice de détresse psychologique du parent répondant selon le sexe, parents des enfants et des adolescents, Québec, 1999.....	519
21.4	Garçons de 13 ans et 16 ans ayant fréquenté une fille au cours des 12 mois de référence, qui ont infligé au moins une fois des gestes de violence durant une relation amoureuse, sur la même période, Québec, 1999	477			

Liste des figures

Chapitre 1 Méthodes

- 1.1 Stratification de base du plan de sondage 49

Chapitre 3 Milieu familial et milieu de garde

- 3.1 Aucun parent en emploi selon le type de milieu familial habituel des enfants et des adolescents, Québec, 1999 94
- 3.2 Principal mode de garde utilisé selon le type de région de l'école, enfants de 9 ans qui se font garder, Québec, 1999 98
- 3.3 Durée de la garde hebdomadaire selon le type de milieu familial, enfants de 9 ans qui se font garder, Québec, 1999 99

Chapitre 4 Milieu scolaire et caractéristiques des jeunes à l'école

- 4.1 Types de services alimentaires offerts aux enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999 113
- 4.2 Nombre de services alimentaires offerts aux enfants et adolescents à l'école, Québec, 1999 114
- 4.3 Temps par jour consacré aux devoirs et leçons selon le sexe, enfants de 9 ans, Québec, 1999 123
- 4.4 Temps par semaine consacré aux devoirs et leçons selon le sexe, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999 123
- 4.5 Score élevé à l'indice de confiance en soi à l'école, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999 124

Chapitre 7 Soutien social

- 7.1 Soutien perçu par les enfants et les adolescents (catégorie beaucoup) en provenance de diverses sources, Québec, 1999 174

- 7.2 Confiance sur une période de six mois selon le sexe, Québec, 1999 178

Chapitre 8 Usage de la cigarette

- 8.1 Nombre d'amis qui fument selon la catégorie de fumeurs, adolescents de 16 ans, Québec, 1999 202
- 8.2 Nombre de frères ou sœurs qui fument selon la catégorie de fumeurs, adolescents de 16 ans, Québec, 1999 202
- 8.3 Nombre de parents qui fument selon la catégorie de fumeurs, adolescents de 16 ans, Québec, 1999 202

Chapitre 9 Consommation de substances psychoactives

- 9.1 Nombre habituel de consommations d'alcool par occasion selon l'appartenance ethnoculturelle de la famille, adolescents de 16 ans ayant consommé au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1999 216
- 9.2 Conséquences de la consommation d'alcool ou de drogues au cours d'une période de 12 mois, adolescents de 13 ans et 16 ans ayant consommé, Québec, 1999 221
- 9.3 Nombre habituel de consommations d'alcool par occasion au cours d'une période de 12 mois selon les aspirations scolaires, adolescents de 16 ans ayant consommé, Québec, 1999 223

Chapitre 11 Emploi du temps et pratiques culturelles

- 11.1 Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon le soutien perçu en provenance des amis, adolescents de 13 ans, Québec, 1999 262
- 11.2 Nombre de pratiques de loisir au cours d'une période d'une semaine selon la présence de problèmes de comportement, adolescents de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999 265

11.3	Nombre de sources de lecture pour le plaisir au cours d'une période d'une semaine selon la présence de comportements d'opposition, adolescents de 13 ans, Québec, 1999	266
------	--	-----

Chapitre 13 Comportements alimentaires

13.1	Fréquence à laquelle les enfants et adolescents ont soupé seuls selon le niveau de soutien affectif maternel, Québec, 1999	302
13.2	Fréquence à laquelle les enfants et adolescents ont soupé seuls selon le niveau de soutien affectif paternel, Québec, 1999	302

Chapitre 14 Poids et image corporelle

14.1	Choix de silhouettes présenté aux enfants de 9 ans, <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i>	316
14.2	Choix de silhouettes présenté aux adolescents de 13 et 16 ans, <i>Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999</i>	316
14.3	Variation entre 1981 et 1999 de la proportion d'enfants et d'adolescents dans chacune des catégories de poids (IMC), selon le sexe, Québec.....	333

Chapitre 17 Asthme et rhinite allergique : prévalence et déterminants

17.1	Histoire familiale d'asthme selon la présence d'asthme ou de sibilances, Québec, 1999	401
------	---	-----

Chapitre 18 Blessures, exposition au risque et mesures de protection

18.1	Pratique de certaines activités physiques et motorisées, Québec, 1999	418
------	---	-----

Chapitre 19 Santé mentale

19.1	Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de 9 ans selon la présence d'idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois, Québec, 1999	440
------	---	-----

Lexique

Appartenance ethnoculturelle de la famille : indice d'appartenance ethnoculturelle qui tient compte du lieu de naissance de l'enfant et de ses parents, de la langue parlée à la maison et du groupe ethnique ou culturel auquel s'identifie le parent. L'indice distingue les groupes majoritaire (appartenances française, britannique et autochtone), mixte et minoritaire.

Catégorie de fumeurs : chez les adolescents, distingue les fumeurs actuels, les fumeurs débutants et les non-fumeurs au cours d'une période de 30 jours. Un seuil de 100 cigarettes consommées au cours de la vie distingue les deux premières catégories, les fumeurs débutants n'ayant pas atteint ce seuil. Les non-fumeurs regroupent ceux qui n'ont jamais fumé et ceux qui ont déjà fumé mais ne l'ont pas fait au cours de la période de 30 jours.

Catégorie de poids : basées sur les mesures directes de poids, de taille et de plis cutanés tricipital et sous-scapulaire. Les catégories sont définies à partir des percentiles par âge et sexe.

Comportements d'opposition : comportements d'opposition rapportés par les parents des adolescents, pour la période de six mois ayant précédé l'enquête. Il s'agit d'une forme mineure des problèmes de comportement.

Consommation d'alcool sur 12 mois : distingue les adolescents qui n'ont pas consommé (ou l'ont fait juste pour goûter), ceux qui ont consommé moins qu'à chaque semaine, et ceux qui ont consommé à chaque semaine.

Consommation de drogues sur 12 mois : distingue les adolescents qui ont consommé de la marijuana, de la colle, de la cocaïne, des hallucinogènes, des tranquillisants ou une autre drogue sans prescription du

médecin, de ceux qui n'en ont pas consommé (ou l'ont fait juste pour essayer).

Contrôle maternel abusif : comportements de rejet, d'hostilité et de contrôle de la part de la mère, au cours du mois ayant précédé l'enquête, tel que rapportés par l'enfant ou l'adolescent; niveaux basés sur les quintiles par âge.

Contrôle paternel abusif : comportements de rejet, d'hostilité et de contrôle de la part du père, au cours du mois ayant précédé l'enquête, tel que rapportés par l'enfant ou l'adolescent; niveaux basés sur les quintiles par âge.

Estime de soi : instrument qui tient compte des croyances de l'enfant quant à ses habiletés, de l'importance accordée à celles-ci et du jugement quant à sa compétence. Pour les enfants de 9 ans, l'indice de Marsh est présenté sous forme de moyenne des scores. Pour les adolescents, l'indice de Rosenberg mesure l'estime de soi globale, ou la perception quant à sa propre valeur; les niveaux sont basés sur les quintiles.

Expérience de victimisation à l'école : situations que l'enfant ou l'adolescent rapporte avoir vécues à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire (septembre), allant des injures et des menaces au taxage. Cette variable est utilisée sous forme dichotomique (présence/absence) ou en fonction du nombre d'incidents.

Facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires : nombre de facteurs que présentent les enfants ou les adolescents parmi les suivants : fumeur, inactivité physique, obésité, cholestérol ou triglycérides élevés, glycémie limite ou élevée et tension artérielle élevée.

Groupe d'âge : les jeunes visés par l'enquête avaient, au 31 mars 1999, 9 ans, 13 ans ou 16 ans. Au moment de la collecte de données qui se déroulait de janvier à mai, certains pouvaient donc ne pas avoir atteint l'un de ces âges alors que d'autres pouvaient l'avoir tout juste dépassé. C'est pourquoi le terme groupe d'âge, qui sous-entend l'âge de l'enfant ou de l'adolescent au 31 mars, sera plus souvent utilisé que le terme âge.

Heures déclarées d'écoute de la télévision : nombre habituel d'heures d'écoute de la télévision par jour déclarées par l'enfant ou l'adolescent pour la semaine et la fin de semaine.

Indice de détresse psychologique : mesure la fréquence des symptômes liés à la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les troubles cognitifs; tente de déterminer les adolescents les plus à risque d'atteindre un niveau de détresse psychologique nécessitant une intervention.

Insécurité ressentie par les enfants ou les adolescents : sentiment de peur ou d'insécurité sur le chemin de l'école, en trois catégories : souvent, quelquefois, jamais.

Ménage : ensemble des personnes qui occupent le même logement que l'enfant ou l'adolescent et qui partagent les dépenses.

Niveau d'activité physique : basé sur le nombre d'activités physiques pratiquées pendant au moins 15 minutes au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, en excluant le cours d'éducation physique.

Nombre de sources de soutien : nombre de catégories de personnes pouvant l'écouter ou l'encourager au besoin, selon la perception de l'enfant ou de l'adolescent, parmi les suivantes : père, mère, frères et sœurs, amis, professeurs, autres.

Pe : nombre estimé de jeunes, dans la population, correspondant au numérateur de la proportion et présenté en milliers (Pe '000). Par exemple, le tableau

2.1 indique que les enfants de 9 ans à l'étude sont composés de 49 % de filles, ce qui correspond à une population estimée de 43,5 milliers, ou 43 500 filles.

Perception de l'état de santé : perception de son état de santé par l'enfant ou l'adolescent.

Plus haut niveau de scolarité des parents : le plus haut niveau de scolarité complété, entre le parent répondant et son conjoint.

Polyusage d'alcool et de drogues : distingue les adolescents qui n'ont consommé aucune substance sur une période de 12 mois, ceux qui ont consommé de l'alcool ou de la drogue, et ceux qui ont consommé les deux.

Problèmes de comportement : mesure portant sur quatre dimensions, soit les agressions envers les personnes ou les animaux, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol et les violations graves des règles établies, rapportées par l'adolescent pour la période de six mois ayant précédé l'enquête.

QA : questionnaire autoadministré s'adressant aux adolescents de 13 et 16 ans qui fréquentent une école secondaire (questions A1 à A135).

QAHES : questionnaire autoadministré s'adressant à l'adolescent de 16 ans qui ne fréquente pas une école secondaire (questions Q1 à Q179).

QD : questionnaire autoadministré visant la direction de l'école (questions D1 à D19).

QE : questionnaire destiné à l'enfant de 9 ans, autoadministré avec assistance d'un intervieweur pour le groupe (questions E1 à E52).

QPA : questionnaire autoadministré s'adressant aux parents des adolescents de 13 et 16 ans qui fréquentent une école secondaire (le parent qui connaît le mieux l'enfant) (questions PA1 à PA107).

QPE : questionnaire autoadministré s'adressant au parent qui connaît le mieux l'enfant de 9 ans (questions PE1 à PE121).

Revenu relatif du ménage : rend compte du revenu total du ménage avant impôt et déductions pour l'année 1998. Le revenu relatif du ménage est basé sur des normes de Statistique Canada établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages, ainsi que sur la distribution du revenu des familles obtenu dans l'Enquête sur les finances des consommateurs.

Soutien affectif maternel : soutien, affection, attachement et acceptation de la part de la mère, au cours du mois ayant précédé l'enquête, tel que perçus par l'enfant ou l'adolescent; niveaux basés sur les quintiles par âge.

Soutien affectif paternel : soutien, affection, attachement et acceptation de la part du père, au cours du mois ayant précédé l'enquête, tel que perçus par l'enfant ou l'adolescent; niveaux basés sur les quintiles par âge.

Témoin de violence domestique entre adultes : fréquence de comportements de violence verbale ou physique rapportée par l'enfant ou l'adolescent, au sujet de ses parents ou des adultes avec qui il vit.

Troubles émotifs : indice basé sur la fréquence des symptômes de dépression et d'anxiété, rapportée par le parent au sujet de l'enfant de 9 ans; le quartile supérieur de l'indice correspond à la catégorie « élevée ».

Type de milieu familial : milieu dans lequel l'enfant ou l'adolescent vit le plus souvent et défini en fonction de l'enfant choisi pour l'enquête. Ce peut être un milieu avec parents biologiques ou adoptifs — avec mère et père, avec un parent et un beau-parent ou avec un parent seul — ou un milieu sans parent biologique ou adoptif.

Type de région de l'école : type de région de l'école fréquentée par l'enfant ou l'adolescent, basé sur la définition de région métropolitaine de recensement (RMR) de Statistique Canada. Il distingue les RMR (Montréal, Québec, Trois-Rivières, Hull, Chicoutimi-Jonquière, Sherbrooke) des autres régions, ces dernières pouvant être des régions urbaines de plus petite taille ou des régions rurales.

Introduction générale

L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, dont les résultats sont présentés dans les pages qui suivent, vise à combler un besoin d'information exprimé par de nombreux intervenants et planificateurs. Les résultats obtenus serviront à élaborer des stratégies plus efficaces pour favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents et leur permettre de vivre en santé.

Une meilleure connaissance des caractéristiques des jeunes s'inscrit dans la foulée de *La politique de la santé et du bien-être* dont la quatrième stratégie vise à « Agir pour et avec les groupes vulnérables » (MSSS, 1992). Parmi ceux-ci figurent les jeunes qui, avec les personnes âgées et celles qui ont une incapacité, sont considérés comme un groupe ayant peu de reconnaissance de leur apport à la vie collective et, à certains moments, des besoins importants de soutien et d'aide. De plus, certains jeunes cumulent de nombreux problèmes et présentent un grand nombre de facteurs de risque.

Il existe diverses sources de renseignements sur la santé des jeunes québécois, mais la plupart portent sur des groupes ou des thèmes particuliers. Ainsi, l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*, conduite en 1992 par Santé Québec et le service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies, se concentrait sur les troubles mentaux et l'utilisation des services pour un problème émotionnel ou de comportement (Valla et autres, 1994). Quant à l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, elle vise pour le moment les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire dans le but de mieux comprendre leur développement au cours des cinq premières années de vie (Jetté et Des Groseilliers, 2000).

Une enquête effectuée en 1991 par le ministère de l'Éducation du Québec et le Centre de recherche sur

les services communautaires de l'Université Laval (Champoux et Giroux, 1991) a également fourni des renseignements sur les habitudes de vie des élèves du secondaire de 12 à 18 ans. En 1994, l'Association des centres jeunesse du Québec entreprenait une autre enquête en milieu scolaire auprès des jeunes de 11 à 19 ans, qui décrivait le milieu familial et scolaire et les relations des jeunes avec ces milieux de vie (Cloutier et autres, 1994).

La première vague de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* comportait, quant à elle, un échantillon de jeunes québécois suffisant pour établir la prévalence globale de certains problèmes ou pour faire des comparaisons interprovinciales (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995). Les nombres sont toutefois insuffisants pour produire des estimations québécoises précises par groupe d'âge et par sexe ou pour identifier les sous-groupes les plus à risque de souffrir de différents problèmes sociaux ou de santé.

Quant aux enquêtes générales quinquennales effectuées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), elles visent plus particulièrement les ménages et les individus de 15 ans et plus en faisant partie. L'information qu'elles procurent sur les plus jeunes est incomplète.

Les renseignements disponibles dans plusieurs de ces enquêtes et d'autres sources ont été colligés et présentés dans une monographie qui tente de tracer un portrait statistique de la santé des enfants et des adolescents québécois (Camirand, 1996). Cette publication concluait à la nécessité de recueillir de l'information supplémentaire portant sur les habitudes de vie liées à la santé des jeunes, les problèmes psychosociaux auxquels ils sont confrontés, leur état de santé physique et mentale et les milieux de vie dans lesquels ils évoluent. Par ailleurs, Blanchet, Morrow et Therrien (1994) constataient qu'il n'existe pas de

données de base récentes sur les apports nutritionnels des jeunes et sur leurs habitudes alimentaires. Ils recommandaient la mise en oeuvre d'une enquête transversale permettant de tracer le profil alimentaire des jeunes québécois et ciblant des groupes à risque de problèmes liés à la nutrition.

Le manque d'information sur la santé physique et mentale des enfants d'âge scolaire ainsi que sur ses déterminants ou facteurs associés se faisait donc sentir à plus d'un niveau et devait être comblé. Par ailleurs, le Conseil de la santé et du bien-être et l'Association des régions du Québec (1998) stipulaient qu'afin d'assurer aux enfants un développement harmonieux et de favoriser l'égalité des chances pour les jeunes d'aujourd'hui et de demain, il est essentiel de disposer de solides connaissances permettant de répondre adéquatement à leurs besoins, de promouvoir leur santé physique et mentale, d'améliorer leurs conditions de vie et de leur donner les outils nécessaires à l'intégration à une société en pleine évolution. En choisissant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes comme quatrième priorité d'action, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1997) venait confirmer l'importance de la détection précoce des problèmes sociaux et de santé afin d'ouvrir la voie à l'intervention.

Modèle conceptuel

Afin de mieux décrire les caractéristiques des enfants et des jeunes et les conditions dans lesquelles ils vivent, afin aussi de saisir la diversité des facteurs associés à leur santé et à leur bien-être, nous avons adopté une approche dite écologique ou systémique (Bronfenbrenner, 1977; Bouchard, 1987; Comité de la santé mentale du Québec, 1994). Les caractéristiques individuelles de l'enfant y occupent une place centrale. Son milieu de vie immédiat constitue un microsystème où on retrouve principalement sa famille. Le réseau d'appartenance est ensuite examiné; il comporte principalement l'école, la garderie, le réseau social et le quartier ou le voisinage. Chacun de ces paliers peut

être considéré comme un système ouvert, en interaction avec, et interdépendant des autres systèmes. Ainsi, la santé et le bien-être de l'enfant résultent d'interrelations complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels (inspiré de Clarkson et Pica, 1995).

Ce modèle repose sur une conviction qui rejoint les objectifs et les stratégies d'action exprimés dans *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), à savoir que « la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu ». Le Groupe de travail pour les jeunes (MSSS, 1991) avait précisé, dans *Un Québec fou de ses enfants*, les conditions indispensables au développement optimal des enfants et des jeunes qui toutes s'inscrivent dans le cadre d'une amélioration de leurs conditions et de leurs milieux de vie. Plus récemment, la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux (1999), dans son avis intitulé *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, s'inscrit aussi dans une approche écologique. Cette vision se traduit ainsi : d'une part, « la santé et le bien-être des enfants et des adolescents sont déterminés par de multiples facteurs en interaction les uns avec les autres » et, d'autre part, les interventions proposées sont « de nature multidimensionnelle et visent plusieurs cibles » (p. 6) parmi lesquelles on retrouve les enfants et les adolescents eux-mêmes ainsi que la famille, l'école, la communauté et la société.

Objectifs de l'enquête et thèmes étudiés

Un portrait de la santé des jeunes se doit de cerner divers aspects de leur santé physique et mentale, certains facteurs la déterminant de même que certaines conséquences de leur état de santé. Ce profil bénéficie de l'ajout de thèmes propres aux enfants et aux adolescents québécois, par exemple la garde des enfants, la violence, la vie sexuelle et les comportements de contraception, le cheminement scolaire et l'intégration des jeunes à l'école, ou les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents,

pour n'en nommer que quelques-uns (Camirand, 1996). Une meilleure compréhension des problèmes liés à l'insuffisance de revenu des ménages et à l'insécurité qui l'accompagne est aussi apparue comme une préoccupation majeure du Groupe de travail pour les jeunes (MSSS, 1991) qui reconnaissait les problèmes sociaux et familiaux comme des avenues prioritaires de recherche. La méconnaissance de l'ampleur de ces problèmes à l'échelle du Québec, dénoncée à ce moment-là, demeure aujourd'hui plus vraie que jamais.

La présente enquête donne une place importante aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les jeunes au Québec, selon un protocole issu de l'initiative canadienne en santé du cœur (Paradis et autres, 1994). Elle répond cependant à un éventail beaucoup plus large de préoccupations exprimées par les chercheurs et les intervenants du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux.

L'enquête vise d'abord à déterminer la prévalence de certains aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents ainsi que l'ampleur de divers phénomènes sociaux pouvant s'y rattacher et à identifier divers facteurs de risque ou de protection d'ordre biologique, psychologique et social chez les enfants et les adolescents. Elle vise ensuite à repérer les liens entre ces différents aspects. Enfin, elle tente de documenter certains problèmes en émergence au sein de la population étudiée et d'en identifier les facteurs contextuels.

Conformément au modèle, des objectifs spécifiques visent à décrire :

les caractéristiques individuelles des jeunes :

- ♦ examiner les habitudes de vie et les comportements préventifs ou à risque des jeunes;
- ♦ décrire la consommation et les comportements alimentaires des jeunes québécois et identifier les groupes cibles à privilégier dans les futurs programmes de nutrition;

- ♦ étudier certains aspects psychosociaux propres aux jeunes;
- ♦ identifier la présence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et établir des normes québécoises pour la tension artérielle et le cholestérol;
- ♦ décrire l'état de santé physique et mentale des jeunes;
- ♦ estimer la fréquence de l'utilisation des services sociaux et de santé chez les jeunes ainsi que les services reçus à l'école.

leur milieu familial :

- ♦ décrire la situation socioéconomique des jeunes et de leur milieu familial;
- ♦ décrire certaines caractéristiques de la famille du jeune et ses relations avec ses parents;
- ♦ faire le lien entre la santé des parents et les facteurs qui la déterminent, et certaines caractéristiques du jeune.

et leur réseau d'appartenance :

- ♦ décrire le milieu scolaire et qualifier la place qu'y occupe le jeune;
- ♦ décrire brièvement le soutien social des jeunes;
- ♦ décrire l'environnement social où habite le jeune (quartier ou voisinage).

Le tableau suivant présente les thèmes étudiés selon chacun des paliers du modèle systémique.

**Thèmes étudiés dans l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 :
approche systémique**

CARACTÉRISTIQUES DU JEUNE

Sociodémographiques : âge, sexe, langue parlée, appartenance ethnoculturelle;

Scolaires : niveau, cheminement et rendement scolaires, relations avec l'école;

Habitudes de vie : usage de la cigarette, d'alcool ou de drogues, alimentation, activité physique, travail rémunéré, pratiques culturelles, vécu sexuel, mesures préventives;

Problèmes psychosociaux : problèmes de comportement, violence;

État de santé physique : état de santé perçu, poids et image corporelle, limitation d'activités, problèmes de courte ou de longue durée, accidents avec blessures, tension artérielle, bilan lipidique;

Santé mentale : estime de soi, détresse psychologique, troubles émotifs, pensées suicidaires et tentatives de suicide;

Utilisation des services : utilisation de services sociaux et de santé, usage de médicaments.

MILIEU DE VIE IMMÉDIAT – LA FAMILLE

Caractéristiques socioéconomiques des parents : langue parlée, appartenance ethnoculturelle, scolarité, emploi, revenu, insécurité alimentaire;

Caractéristiques de la famille et relations familiales : structure familiale, garde de l'enfant, interaction parent-enfant, environnement physique du domicile;

Habitudes de vie et milieu social des parents : usage de la cigarette, d'alcool ou de drogues, activité physique, poids et taille, soutien social;

État de santé des parents : état de santé perçu, problèmes chroniques, limitation d'activités, détresse psychologique.

RÉSEAU D'APPARTENANCE

Garderie : fréquentation par les enfants et satisfaction du parent;

Milieu scolaire : climat perçu, violence, services offerts, politiques et règlements, implication des parents;

Réseau social : soutien social;

Quartier ou voisinage : perception de l'environnement social et de la sécurité du voisinage, violence.

Présentation du rapport

Ce rapport a été rédigé par une cinquantaine de chercheurs et professionnels du milieu universitaire, du réseau de la santé et des services sociaux ou de milieux connexes, en collaboration avec la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec qui a également coordonné sa publication. La Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales a fixé les modalités d'analyse et assuré la cohérence des analyses et la présentation des résultats. Plus de quarante autres collaborateurs ont assumé le rôle de lecteur externe pour les différents chapitres.

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* sont publiés en deux volumes; le présent volume couvre le volet sociosanitaire et le second, à paraître, décrira le volet nutritionnel de l'enquête. Outre le chapitre sur les méthodes, le présent rapport en comporte vingt regroupés en cinq parties qui présentent une description des jeunes et de leur milieu de vie (chapitres 2 à 5), leurs relations avec le milieu (chapitres 6 et 7), leurs habitudes de vie (chapitres 8 à 13), leur état de santé physique (chapitres 14 à 18) et leur santé mentale et adaptation sociale (chapitres 19 à 21). La conclusion générale tente finalement d'intégrer les éléments les plus marquants dévoilés par les résultats.

Chacun des chapitres comprend quatre parties. L'introduction présente l'importance du thème chez les jeunes ainsi qu'une revue succincte de la documentation scientifique. Les aspects méthodologiques sont ensuite abordés, décrivant les variables d'analyse ainsi que la portée et les limites des données. Après la description des résultats, la conclusion présente une synthèse et une discussion des résultats ainsi que quelques éléments de réflexion pour la planification et la prise de décision.

Claudette Lavallée
Jacinthe Aubin

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

Bibliographie

BLANCHET, C., C. MORROW et L. THERRIEN (1994). *Document de consultation sur la pertinence d'une enquête sur la nutrition des jeunes Québécois*, Québec, Centre de santé publique de Québec, 10 p.

BOUCHARD, C. (1987). « Vous avez dit l'approche écosystémoglobaloholistofamiliocommunautariste? Comment s'y perdre! », Actes du colloque régional sur la compétence parentale : *Les parents : des êtres de ressources*; Montréal, DSC de l'Hôpital St-Luc, 7-8 mai, p. 141-157.

BRONFENBRENNER, U. (1977). « Toward an Experimental Ecology of Human Development », *American Psychologist*, July, p. 513-531.

CAMIRAND, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Monographie n° 3, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Santé Québec et Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 194 p.

CHAMPOUX, L., et L. GIROUX (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire. Rapport d'étude*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation et Université Laval, 74 p.

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Document de travail préparé pour le comité scientifique de Santé Québec, 14 p.

CLOUTIER, R., L. CHAMPOUX, et C. JACQUES (1994). *Enquête Ados, familles et milieu de vie : la parole aux ados!*, Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, 124 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1994). *Recommandations pour développer et enrichir La politique de santé mentale*, Québec, Les publications du Québec, 60 p.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1999). *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Québec, Le Conseil des directeurs de la santé publique, 65 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE ET ASSOCIATION DES RÉGIONS DU QUÉBEC (1998). *Forum sur le développement social : rapport*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 140 p.

JETTÉ, M., et L. DES GROSEILLIERS (2000). « L'enquête : description et méthodologie » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 1.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants : Rapport du Groupe de travail pour les jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

PARADIS, G. J. O'LOUGHLIN, N. KISHCHUK et L. RENAUD (1994). *Protocole Cœur/Enfants : Quebec Youth Cardiovascular Disease Risk Factor Survey*, Montréal, Unité de santé publique, Hôpital général de Montréal.

STATISTIQUE CANADA et DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (1995). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants : aperçu du matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995, Cycle 1*, Ottawa, catalogue n° 95-02F, 116 p.

VALLA, J. P., J. J. BRETON, L. BERGERON, N. GAUDET, C. BERTHIAUME, M. SAINT-GEORGES, C. DAVELUY, V. TREMBLAY, J. LAMBERT, L. HOUDE et S. LÉPINE (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse*, Québec, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 132 p.

Chapitre 1

Méthodes

Jacinthe Aubin
Claudette Lavallée
Direction Santé Québec

Paul Berthiaume
Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales

Institut de la statistique du Québec

Introduction

La qualité des données d'une enquête est tributaire des méthodes utilisées pour les obtenir. Ce premier chapitre présente d'abord les procédures d'enquête : plan de sondage, taille de l'échantillon, plan de communication, instruments et déroulement de la collecte des données et taux de réponse. Le traitement des données est ensuite présenté : méthodes de validation, pondération effectuée et méthodes d'analyse utilisées. La présentation des résultats obéit à certaines règles, pour le bénéfice des lecteurs; elles sont précisées ensuite. Suivent, les aspects éthiques qui ont reçu une attention particulière. Une discussion de la portée et des limites de l'enquête termine le chapitre.

1.1 Procédures d'enquête

1.1.1 Plan de sondage

Population visée

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (ESSEA) vise l'ensemble des jeunes âgés de 9, 13 et 16 ans au 31 mars 1999. Sont exclus de la population visée les jeunes inscrits à un établissement scolaire hors du réseau québécois (relevant du gouvernement fédéral ou d'autres ministères provinciaux), une école autochtone, une école de certaines villes excentriques (Parent, Beaucanton, Natashquan, Baie Johan-Beetz, ainsi que les villes de la région Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent, de l'Île d'Anticosti et des Îles-de-la-

Madeleine) ou une école dont la clientèle est composée de 50 % et plus de jeunes handicapés. Ainsi l'enquête vise 98 % de la population totale des enfants et des adolescents de 9, 13 et 16 ans fréquentant un établissement scolaire québécois. Cependant, il faut noter que les adolescents de 16 ans ne fréquentant plus l'école secondaire sont introduits dans la population visée.

Au moment du tirage de l'échantillon, certaines contraintes, surtout liées à la collecte des données, ont forcé l'exclusion des écoles de la région du Nord-du-Québec et de celles comptant moins de 12 jeunes d'un groupe d'âge enquêté. La population échantillonnée représente donc 98,8 % de la population visée par l'enquête. La proportion de jeunes faisant partie de la population visée (1,2 %), mais qui n'est pas rejointe par cette enquête peut présenter des caractéristiques différentes. Toutefois, ces différences n'auraient qu'une importance minime sur les estimations vu le petit nombre de personnes concernées.

Puisque l'école est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans au Québec, on peut dire que les enfants et adolescents de 9 et 13 ans fréquentant un établissement scolaire représentent l'ensemble des jeunes de ces groupes d'âge. Par ailleurs, on estime à 5 % la proportion des adolescents de 16 ans qui ne fréquentent plus une école secondaire. C'est pourquoi un échantillon de ces adolescents ne fréquentant plus l'école a été sélectionné rendant ainsi l'échantillon des adolescents de 16 ans représentatif des adolescents de ce groupe

d'âge au Québec. Seuls les jeunes placés en institution, ayant un handicap trop sévère, inconnus (erreurs dans le fichier du ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ)) ou décédés sont classés inadmissibles.

Base de sondage

La base de sondage est constituée des fichiers des clientèles scolaires du ministère de l'Éducation des années scolaires 1997-1998 et 1998-1999. Le fichier 1997-1998 a été nécessaire afin d'identifier les adolescents de 16 ans qui ne fréquentent plus les établissements d'enseignement secondaire. Les deux fichiers comprennent, en plus des variables caractérisant les élèves, l'information nécessaire à la sélection de l'échantillon.

Stratification

Les trois groupes d'âge constituent trois populations indépendantes. Pour chacune de celles-ci, l'échantillon a été construit selon un plan stratifié à plusieurs degrés.

Le premier niveau de stratification correspond au type de région administrative. Les 17 régions du Québec sont divisées en 2 classes, soit les régions dites excentriques et les autres. Les régions dites excentriques regroupent les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Afin de réduire les coûts et d'alléger la logistique de la collecte, on a sélectionné aléatoirement deux régions administratives – en l'occurrence l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine – parmi les quatre que compte la strate des régions excentriques.

La probabilité de sélection de ces deux régions était proportionnelle au nombre d'élèves inscrits pour les groupes d'âge cibles de l'enquête. Les autres régions administratives ont été pour leur part sélectionnées automatiquement.

Afin de s'assurer de la meilleure répartition possible de l'échantillon par rapport au réseau scolaire québécois, la population des écoles de l'ensemble des régions

administratives choisies a été stratifiée à l'aide des paramètres suivants :

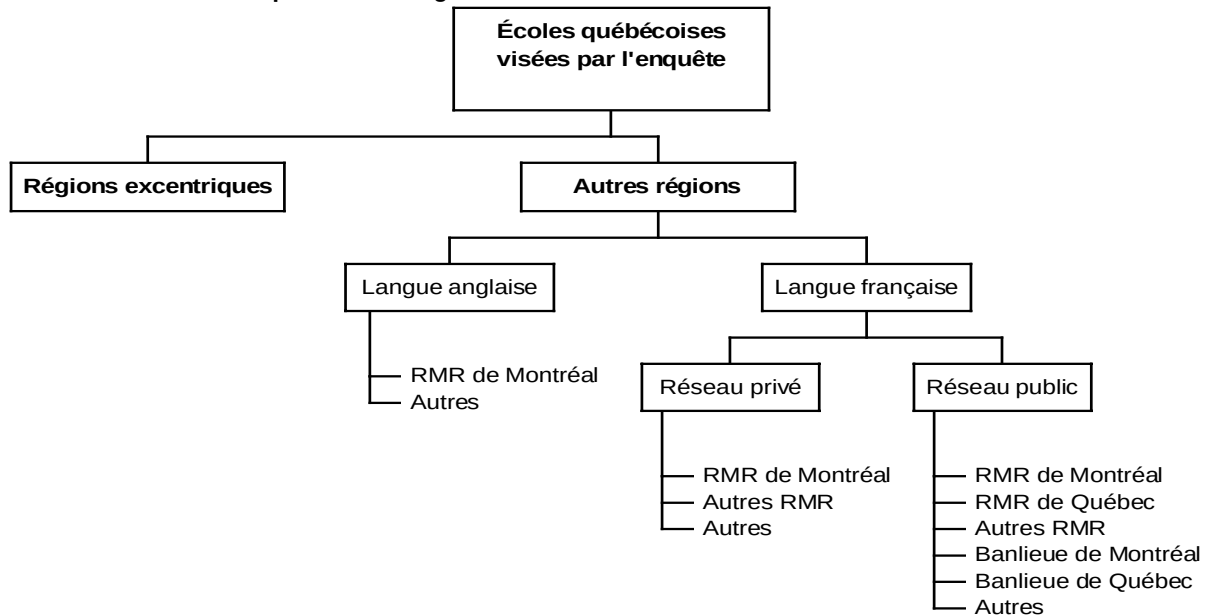
- la langue d'enseignement (français et anglais);
- le réseau d'enseignement (privé et public); seule la strate des écoles françaises a été subdivisée selon cette variable;
- la zone géographique (basée sur les régions métropolitaines de recensement [RMR]).

Enfin, pour chacune des écoles sélectionnées, les enfants et adolescents appartenant aux groupes d'âge visés ont été identifiés. Des jeunes ont ensuite été sélectionnés aléatoirement selon le sexe dans chacune de ces écoles.

La figure 1.1 illustre la stratification de base utilisée pour sélectionner les écoles. Certaines particularités distinguent les plans de sondage selon les groupes d'âge. On peut mentionner, entre autres, le cas des adolescents de 13 ans fréquentant encore l'école primaire. Des jeunes de cet âge ont été choisis à l'intérieur des écoles primaires déjà sélectionnées pour les enfants de 9 ans afin de représenter cette portion de la population des adolescents de 13 ans.

Les strates des écoles des banlieues de Montréal et de Québec, telles qu'on les retrouve à la figure 1.1, correspondent aux écoles situées dans des régions administratives qui sont incluses partiellement dans l'une des deux RMR mais dont les écoles ne font pas partie de ces RMR. Il s'agit de certaines écoles des régions administratives suivantes : Lanaudière, Laurentides, Montérégie, Chaudière-Appalaches et Québec.

Figure 1.1
Stratification de base du plan de sondage



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

1.1.2 Taille et répartition de l'échantillon

La taille de l'échantillon est établie dans un premier temps en fonction de la précision statistique escomptée des estimations. Ainsi, la taille des trois échantillons correspondant aux groupes d'âge doit être suffisamment grande pour produire des estimations présentant un coefficient de variation inférieur à 15 %, pour des proportions estimées de 10 % selon le sexe et de 7 % sexes réunis pour chacun de ces groupes d'âge.

La taille de l'échantillon est également établie en regard de certaines contraintes. Comme on l'a vu précédemment, afin de réduire le temps et les coûts de collecte, il s'avère nécessaire de recueillir l'information en sélectionnant des groupes de jeunes à l'intérieur d'une même école (grappes). Au plan statistique, cette procédure a pour effet de diminuer la précision des estimations obtenues par rapport à celle qu'on aurait eue avec un plan d'échantillonnage aléatoire simple parce que ces groupes présentent un certain degré d'homogénéité. La taille de l'échantillon doit donc être gonflée pour tenir compte de cette perte d'efficacité qui se mesure à l'aide de l'effet de plan. Par ailleurs, la taille de l'échantillon doit tenir

compte du taux de réponse de 80 % prévu pour l'enquête.

Afin d'atteindre les objectifs de précision et considérant les contraintes énumérées ci-dessus, les tailles d'échantillon ont été fixées à environ 1 500 jeunes par groupe d'âge. Sous l'hypothèse que l'effet de plan serait inférieur à 2,0, le nombre de répondants visés dans chaque école a été fixé à 20. Ainsi, environ 60 écoles ont été sélectionnées pour chaque groupe d'âge et environ 25 jeunes dans chacune d'elles.

Pour les trois groupes d'âge, un total de 182 écoles avaient d'abord été sélectionnées. Le taux de réponse atteint auprès des écoles fut de 96,1 %. Compte tenu de ce très bon taux de réponse et afin de pallier la perte de précision (perte d'enfants et d'adolescents répondants) qu'occasionnaient les écoles refusant de participer à l'enquête, sept écoles supplémentaires ont été sélectionnées. Le détail de la répartition des 189 écoles et des jeunes est fourni au tableau 1.1. Les tailles des échantillons d'écoles ne sont pas uniformes d'un groupe d'âge à l'autre. On a sélectionné plus d'écoles d'enfants de 9 ans, compte tenu que la taille d'échantillon de jeunes par école est

fixe, et que des adolescents de 13 ans devaient être enquêtés dans ces écoles. Il faut également noter que la répartition de l'échantillon des écoles entre les strates est faite de façon quasiproportionnelle au nombre de jeunes dans la strate.

1.1.3 Plan de communication

Il est essentiel, pour le succès d'une enquête en milieu scolaire, de mobiliser ce milieu à tous les paliers. Un plan de communication a été développé en collaboration avec le ministère de l'Éducation. Selon une procédure hiérarchique, les directions régionales de l'éducation ont d'abord été informées par une lettre et un dépliant, puis chacune des commissions scolaires du secteur public ainsi que les écoles privées sélectionnées.

Chacune des écoles a été contactée par la poste à l'automne 1998. Les directeurs ont été approchés pour discuter de leur participation et prendre rendez-vous afin de répondre aux questions soulevées par le projet et obtenir les autorisations et la collaboration nécessaires à sa bonne marche. Certaines écoles étant très sollicitées, l'implication de la direction de l'école permettait de maximiser les taux de réponse.

Par exemple, la rencontre des conseils d'établissement pouvait s'avérer nécessaire. Les enseignants ont aussi été sensibilisés au projet. Les directions régionales de la santé et des services sociaux ont été informées en même temps que les directions régionales de l'éducation.

1.1.4 Instruments et collecte des données

Instruments de collecte

Les instruments de collecte de données ont été élaborés par la Direction Santé Québec et par des experts du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu universitaire. La plupart des indicateurs ont été tirés d'enquêtes antérieures menées auprès des jeunes ou auprès de la population adulte; quelques questions sont cependant originales. Les formulations ont été revues ainsi que les traductions de questions originellement en anglais. Certaines questions ont dû être adaptées pour le groupe des enfants de 9 ans, par exemple en réduisant l'étendue des choix de réponse. Les questionnaires, disponibles en français et en anglais, ont fait l'objet de prétests et ont été approuvés par le comité d'orientation de l'enquête.

Tableau 1.1

Répartition de l'échantillon des écoles et des jeunes et distribution de la population

Éléments de stratification			9 ans			
			Nombre d'écoles	Nombre d'enfants	Dist. de l'échant. %	Dist. de la pop. %
Régions excentriques			6	129	8,2	7,8
Autres régions						
Langue	Réseau	Région				
Français	Public	RMR Montréal	23	506	32,4	32,8
		RMR Québec	6	138	8,8	7,8
		Autres RMR	6	133	8,5	8,4
		Banlieue Montréal	11	242	15,5	14,8
		Banlieue Québec	3	69	4,4	4,9
		Autres	7	145	9,3	9,7
	Privé	RMR Montréal	2 ⁽³⁾	46	2,9	3,6
		RMR Québec				
Anglais	...	RMR Montréal	5	110	7,0	7,6
		Autres	2	46	2,9	2,6
Hors école secondaire						
Total			71	1 564	100,0	100,0

Les questionnaires destinés aux enfants et aux adolescents se sont inspirés de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995), de l'instrument développé par le groupe de recherche sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les jeunes (Paradis et autres, 1995) ainsi que de plusieurs autres enquêtes en milieu scolaire (Deschesnes, 1992; Deschesnes et Schaefer, 1997; Cloutier, Champoux et Jacques, 1994; Loiselle, 1999). Le cahier technique et méthodologique (à paraître) donne plus d'information sur les sources des questions. Les questions portent sur les caractéristiques démographiques, le bien-être à l'école et sur le chemin de l'école, le soutien social, les relations avec les parents, l'image de soi, les habitudes alimentaires et autres comportements tels l'activité physique, l'usage d'alcool, de drogues et de la cigarette, la lecture et autres pratiques culturelles, les changements relatifs à la puberté, les problèmes de santé, l'exposition aux véhicules à moteur. Pour les adolescents, s'ajoutent des questions sur le travail, les comportements et perceptions reliés à la

sexualité, l'usage de médicaments et l'utilisation des services sociaux et de santé. La durée de passation s'étend de 45 à 60 minutes environ.

Le questionnaire destiné au parent s'adresse à celui qui connaît le mieux l'enfant. Il comporte des indicateurs tirés de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000) et de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants* (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995), entre autres. Il sert à recueillir des renseignements sur la santé et le cheminement scolaire de l'enfant, le milieu familial et social, la perception du quartier, les habitudes de vie et la santé des parents, avec un accent sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. La durée de passation est d'environ 45 minutes.

13 ans				16 ans			
Nombre d'écoles ⁽¹⁾	Nombre d'ados ⁽²⁾	Dist. de l'échant. %	Dist. de la pop. %	Nombre d'écoles	Nombre d'ados	Dist. de l'échant. %	Dist. de la pop. %
4	125	8,0	8,6	7	175	10,2	8,4
13	381	24,5	24,8	16	384	22,3	23,9
4	121	7,8	6,6	4	100	5,9	6,8
4	118	7,6	7,4	5	125	7,3	7,7
7	213	13,7	13,1	8	192	11,3	12,4
3	84	5,4	5,3	3	75	4,4	5,3
5	136	8,7	9,2	7	168	9,9	9,1
4	104	6,7	7,3	4	100	5,9	5,8
2	52	3,3	3,8	2	50	2,9	3,3
2	57	3,7	4,0	2	50	2,9	3,2
4	109	7,0	7,5	4	101	5,9	6,8
2	56	3,6	2,4	2	50	2,9	2,2
					130	7,6	5,2
54	1 556	100,0	100,0	64	1 700	100,0	100,0

⁽¹⁾ Le nombre d'écoles échantillonnées pour les adolescents de 13 ans n'inclut pas les écoles primaires où des adolescents de 13 ans ont été sélectionnés.

⁽²⁾ Le nombre d'élèves échantillonnés correspond à la somme des tailles d'échantillon des adolescents de 13 ans du primaire et du secondaire.

⁽³⁾ La strate langue française et réseau privé n'a pas été subdivisée en régions pour les écoles d'enfants de 9 ans à cause du faible effectif d'élèves.

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

Le questionnaire qui s'adresse à la direction de l'école est le même pour les écoles primaires ou secondaires. Il vise à caractériser le milieu scolaire de l'enfant quant aux services disponibles, au climat de l'école et aux règlements et politiques en vigueur.

Des formulaires spécifiques servent à inscrire les mesures du poids, de la taille et des plis cutanés et à noter si un prélèvement sanguin a été fait, sinon la raison en cause. Une feuille de route pour l'expédition des prélèvements à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal permet d'inscrire les renseignements nécessaires au suivi et à l'analyse des échantillons.

Le matériel clinique utilisé comprend des appareils « Dinamap » pour la tension artérielle, des adipomètres de type « Lange » pour les plis cutanés, des centrifugeuses « Medispin » pour la séparation du plasma et du culot sanguin, ainsi que le matériel de prélèvements sanguins utilisé couramment à l'hôpital Sainte-Justine et recommandé par le Centre de recherche de cet hôpital.

Déroulement de la collecte de données

Un prétest a été fait en mars et avril 1998 auprès de 196 jeunes dans 6 écoles et de 50 jeunes hors école secondaire. Les écoles et les jeunes ont été choisis au hasard. Cet essai sur le terrain s'est déroulé dans des conditions semblables à celles de l'enquête. Les corrections et les ajustements nécessaires ont été apportés au plan de communication, à la taille de l'échantillon, aux instruments de collecte et au matériel utilisé. La collecte des données de l'enquête proprement dite a eu lieu du 18 janvier au 6 mai 1999. La disponibilité des listes d'élèves et le calendrier scolaire ont influencé le choix de cette période.

Après un appel d'offres, la maison de sondages Léger & Léger a été mandatée pour réaliser la collecte des données. Le recrutement des chefs d'équipe a été fait en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, alors que le personnel sur le terrain a été

choisi par la maison de sondages. Le personnel comprenait une coordonnatrice nationale, 10 chefs d'équipe dans autant de régions du Québec et 91 infirmières, kinésiologues ou intervieweurs. Léger & Léger et l'Institut de la statistique du Québec ont collaboré étroitement au processus de collecte de données, tant pour la formation du personnel de collecte que pour le contrôle de la qualité et l'expédition des échantillons sanguins.

Les chefs d'équipe ont reçu une formation de deux jours en novembre 1998. À la suite de cette formation, le contact avec les directions des écoles a été établi et les autres membres des équipes ont été recrutés. En janvier 1999, une formation de quatre jours sur les objectifs de l'enquête, les aspects éthiques et les procédures à réaliser auprès des enfants et des adolescents a été donnée au personnel sur le terrain, et une formation sur le contrôle de la qualité a été ajoutée pour les chefs d'équipe.

Une semaine avant la visite à l'école, la direction de l'école recevait une boîte de matériel comprenant principalement le questionnaire destiné à la direction et des enveloppes adressées aux parents. Ces dernières étaient apportées aux parents par les jeunes. Les parents recevaient un dépliant, une lettre, un formulaire visant à recueillir un consentement libre et éclairé de leur part et de la part de l'enfant ainsi que le questionnaire s'adressant au parent accompagné d'une enveloppe de retour affranchie.

L'équipe passait environ trois heures à l'école et accueillait les élèves au local mis à leur disposition. Les enfants et les adolescents étaient pesés et mesurés et ceux qui avaient accepté étaient soumis à un prélèvement sanguin avant qu'on ne leur offre un petit déjeuner. Les autres mesures étaient ensuite prises et le questionnaire était distribué après instructions données par un intervieweur; deux intervieweurs étaient présents pour répondre aux questions éventuelles. Pour les enfants de 9 ans, le questionnaire était administré en groupe avec l'aide d'un intervieweur qui lisait les questions et les complétait de quelques

indications supplémentaires. Les échantillons sanguins étaient réfrigérés immédiatement et centrifugés sur place une fois les prélèvements terminés. Ils étaient envoyés sur glace sèche au laboratoire de l'hôpital Sainte-Justine dans les 24 heures, sinon congelés en attendant un jour propice à l'envoi. Les résultats de la tension artérielle et des tests sanguins (glucose et bilan lipidique) ont été envoyés par la poste aux parents qui le désiraient.

Les adolescents de 16 ans ne fréquentant plus l'école secondaire ont reçu un questionnaire par la poste (QAHES); celui-ci comprenait en plus des questions concernant la situation des parents, ces derniers ne recevant pas de questionnaire. La collecte postale a été assurée par l'Institut de la statistique du Québec et s'est déroulée entre le 26 février et le 17 juin 1999. Il y a eu cinq rappels sous diverses formes : rappel téléphonique, carte postale et envoi d'un nouveau questionnaire.

1.1.5 Taux de réponse

Taux de réponse globale des écoles et des jeunes

Le taux de réponse se définit comme le rapport entre le nombre d'unités répondantes et le nombre d'unités admissibles à l'enquête. Dans le cadre de l'ESSEA, plusieurs taux de réponse correspondant à différents instruments peuvent être calculés.

Les taux de réponse des écoles pour chaque groupe d'âge sont fournis au tableau 1.2. Le tableau 1.3 présente la participation des jeunes à l'enquête, définie par la réponse au questionnaire enfant (QE) ou adolescent (QA ou QAHES). Les taux de réponse pour chacun des groupes d'âge sont respectivement de 83 % pour les enfants de 9 ans, de 79 % pour les adolescents de 13 ans et de 75 % pour ceux de 16 ans. Ont été considérés inadmissibles à l'enquête, les jeunes placés en institution, ceux ayant un handicap trop sévère, ceux qui sont inconnus dans l'école (erreurs dans le fichier du MÉQ) et les jeunes décédés.

Tableau 1.2

Taux de réponse des écoles selon l'âge des enfants et des adolescents

	Nombre d'écoles enquêtées	Nombre d'écoles admissibles	Nombre d'écoles répondantes	Taux de réponse
	%			
9 ans	71	71	69	97,2
13 ans	54	54	52	96,3
16 ans	64	63	61	96,8

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

Tableau 1.3

Taux de réponse des enfants et des adolescents à l'enquête selon l'âge

	9 ans	13 ans	16 ans		
			À l'école secondaire	Hors école secondaire	Total
Nombre de jeunes sélectionnés	1 564	1 556	1 560	140	1 700
Nombre de jeunes admissibles	1 520	1 498	1 495	130	1 625
Nombre de répondants	1 267	1 186	1 160	52	1 212
Taux de réponse %	83,4	79,2	77,6	40,0	74,6

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

D'autres questionnaires ou mesures sont venus se greffer aux instruments principaux ; le taux de réponse à ces instruments correspond à un taux de réponse en cascade. Par exemple, le taux de réponse pour la prise de sang chez les enfants de 9 ans se calcule de la façon suivante :

$$T_x \text{ réponse}_{\text{SANG} - 9\text{ans}} = \text{Taux réponse}_{9\text{ans}} \times \frac{n \text{ répondants}_{\text{SANG} - 9\text{ans}}}{n \text{ répondants au QE}}$$

$$T_x \text{ réponse}_{\text{SANG} - 9\text{ans}} = 83,4 \% \times \frac{783 \text{ jeunes}}{1\,267 \text{ répondants au QE}}$$

Les taux de réponse pour les autres instruments de collecte de l'enquête pour chacun des groupes d'âge apparaissent au tableau 1.4. Pour les jeunes de 16 ans, il faut préciser que les taux de réponse pour les instruments de collecte autres que le QA ont été calculés sur la base du nombre de répondants de 16 ans fréquentant une école secondaire. En effet, les adolescents hors école secondaire ne sont pas visés par ces mesures.

On observe que le taux de réponse au prélèvement sanguin augmente avec l'âge, alors que le taux de réponse au questionnaire des parents est plus faible pour les adolescents de 16 ans.

Tableau 1.4

Taux de réponse des enfants et des adolescents à l'école primaire ou secondaire pour les différents instruments de collecte selon l'âge

	9 ans		13 ans		16 ans ⁽¹⁾	
	Nombre de répondants	Taux de réponse %	Nombre de répondants	Taux de réponse %	Nombre de répondants	Taux de réponse %
QE ou QA	1 267	83,4	1 186	79,2	1 160	77,6
Poids, taille	1 263	83,1	1 185	79,1	1 157	77,4
Tension artérielle	1 252	82,4	1 180	78,8	1 157	77,4
Plis cutanés	1 255	82,6	1 173	78,3	1 145	76,6
Prise de sang	783	51,5	818	54,6	874	58,5
Parents	1 065	70,0	1 031	68,8	952	63,7
Directeurs d'école	69	97,2	52	96,3	61	96,8

⁽¹⁾ Exclut les jeunes de 16 ans qui ne fréquentent pas une école secondaire.

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

Non-réponse partielle

La non-réponse partielle est un problème que l'on rencontre dans toutes les enquêtes. Elle correspond à la non-réponse, intentionnelle ou non, à une question donnée. L'impact de ce phénomène peut être considérable. En effet, la non-réponse peut entraîner des biais dans les estimations si les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants. Donc, plus la non-réponse partielle est importante, plus le risque de biais est grand.

Le taux de non-réponse partielle se définit comme le rapport entre le nombre de personnes ne fournissant pas de réponse à une question et le nombre de celles qui devaient y répondre.

De façon générale, on a porté une attention particulière aux questions et indices pour lesquels le taux de non-réponse partielle était supérieur à 10 %. Les questions ou indices ayant un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 % avec un nombre non négligeable de répondants potentiels ont également été examinés. L'analyse de la non-réponse partielle fait l'objet d'une présentation spécifique à la section *Aspects méthodologiques* de chacun des chapitres.

1.2 Traitement des données

1.2.1 Validation

Les procédures habituelles de contrôle de la qualité des données ont été mises en place. Une première vérification des questionnaires a été effectuée au cours de leur passation à l'école. Les chefs d'équipe se sont ensuite assurés qu'ils étaient complets et ne comportaient aucune contradiction dans les réponses. La codification et une double saisie des données ont été assumées par la maison de sondages, suivies d'une vérification logique et d'une validation des codes admissibles et des filtres par l'Institut de la statistique du Québec. Ce dernier a également procédé à des vérifications de la cohérence des résultats et de la concordance de l'information entre les divers instruments.

Les mesures physiologiques ont toutes été répétées pour minimiser la variation intra-observateur et augmenter la fiabilité. De plus, 10 % des mesures ont été répétées par un observateur différent pour réduire la variation inter-observateur. Les procédures de contrôle de la qualité des prélèvements sanguins sont présentées au chapitre 15.

1.2.2 Pondération

Le but de la pondération est d'associer à un individu, répondant à un questionnaire donné, le nombre de personnes (le poids) qu'il « représente » dans la population. Plusieurs étapes sont utilisées pour le calcul des poids de l'ESSEA : la probabilité de sélection, la non-réponse et l'ajustement à la population.

Pondération du questionnaire principal des jeunes

La pondération du questionnaire général rempli par l'enfant (QE), l'adolescent (QA) ou l'adolescent de 16 ans « hors école secondaire » (QAHES) tient compte de ces trois étapes. Comme l'ESSEA utilise un échantillon probabiliste, elle permet d'associer à chaque unité de la population la probabilité qu'elle soit

choisie dans l'échantillon. Afin de généraliser ou d'inférer les résultats de l'échantillon à la population, on utilise l'inverse de la probabilité comme pondération initiale. Cette étape permet de tenir compte adéquatement de la non-proportionnalité de l'échantillon de l'ESSEA par rapport à la distribution de la population.

La seconde étape consiste à ajuster les poids obtenus à la première étape en fonction de la non-réponse. Deux sources de non-réponse sont possibles. Comme toutes les écoles sélectionnées n'ont pas accepté de participer à l'enquête, on ajuste les poids en fonction de l'inverse du taux de réponse des écoles de chacune des strates. L'autre source de non-réponse provient du jeune qui refuse de participer à l'enquête. Encore une fois, le poids des jeunes est ajusté par l'inverse du taux de réponse spécifique chez les jeunes.

La dernière étape pour définir le poids final associé à chaque jeune répondant consiste à ajuster la pondération en s'assurant que la distribution pondérée de l'échantillon est conforme à celle de la population visée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les données utilisées pour faire cet ajustement proviennent de la base de sondage, soit le fichier des clientèles scolaires du MÉQ (édition 1998-1999). Les ajustements des poids à cette étape sont calculés sur la base de regroupements de variables ayant servi à la stratification de la population.

Pondération des autres instruments

Les mesures de poids corporel, de taille, de tension artérielle et de plis cutanés ont été prises pour plus de 99 % des jeunes ayant participé à l'enquête. Le poids statistique utilisé pour le traitement de ces mesures est le même que celui établi à la section précédente.

Cependant, pour le questionnaire destiné aux parents et le prélèvement sanguin, des ajustements aux poids définis pour le questionnaire principal sont nécessaires en raison de la non-réponse spécifique à ces

instruments. Chacun de ces poids est calculé de la même façon. Ils correspondent aux poids de base décrits ci-dessus ajustés par l'inverse du taux de réponse à l'instrument de collecte et ajustés à la population.

Le plan de sondage utilisé dans le cadre de l'ESSEA n'avait pas pour but d'inférer les résultats obtenus des directeurs d'école aux autres écoles du Québec. De plus, la précision associée à ces estimations ne permet pas de les inférer. Aucune pondération spécifique n'a donc été faite pour cet instrument, dont les résultats ne sont présentés qu'en lien avec les enfants et adolescents fréquentant ces écoles. Dans ce cas, le poids du questionnaire principal a été utilisé.

1.2.3 Méthodes d'analyse

À l'instar des autres enquêtes de la Direction Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés de une à cinq personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires, proposé des plans d'analyse des données portant sur un thème et formulé des demandes de tableaux. Ces extraits ont été produits par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et analysés subséquemment par les groupes d'analyse. L'ISQ a également déterminé les méthodes d'analyse à utiliser dans ce rapport; l'analyse est essentiellement descriptive.

La complexité du plan de sondage a des répercussions sur les estimations produites et sur la précision des résultats. On se sert de l'effet de plan pour mesurer la perte ou le gain de précision imputable au fait d'avoir eu recours à un plan de sondage complexe plutôt qu'à un plan de sondage aléatoire simple de même taille. Ainsi, l'effet de plan se définit comme le quotient de la variance calculée avec le plan de sondage complexe par la variance calculée avec un plan de sondage

aléatoire simple basé sur le même nombre de jeunes. Un effet de plan spécifique peut être associé à chacune des estimations produites dans l'enquête. Toutefois, il n'est ni souhaitable ni nécessaire de les calculer tous. En effet, la majorité des variables mesurées dans l'ESSEA se comportent de la même façon par rapport au plan de sondage.

Les effets de plan produits pour l'analyse des données des différents instruments de l'ESSEA figurent au tableau 1.5. Puisque la majorité des mesures sont présentées sous forme de proportions ou de moyennes, seules les estimations d'effets de plan moyens pour ces deux types de paramètre sont présentées dans ce tableau.

L'effet de plan utilisé pour planifier l'ESSEA était de 2,0 et correspond aux résultats observés dans d'autres enquêtes semblables où l'unité sélectionnée est une classe. La méthode qui consiste à sélectionner des élèves plutôt que des classes à l'intérieur des écoles a certainement eu un impact positif sur l'effet de plan qui se traduit par un gain en précision.

Tableau 1.5
Effet de plan selon le type d'analyse et le type de paramètre selon l'âge des enfants et des adolescents

	Type d'analyse	Proportion	Moyenne
		%	
9 ans	Globale	1,4	1,5
	Selon le sexe	1,3	1,2
13 ans	Globale	1,4	1,8
	Selon le sexe	1,3	1,5
16 ans	Globale	1,3	1,0
	Selon le sexe	1,2	1,1

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

Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision relative des estimations. Il s'exprime comme le rapport, en pourcentage, de l'erreur-type de l'estimation (proportion ou moyenne) sur la valeur de l'estimation elle-même. Dans le cas des proportions,

pour deux estimations faites sur la même population ou sous-population (ou deux sous-populations de tailles comparables), la plus petite estimation aura un coefficient de variation plus grand car plus le phénomène étudié est rare moins bonne est la qualité de l'estimation produite.

Les estimations (proportions ou moyennes) dont le CV est inférieur à 15 % sont présentées dans ce rapport sans commentaire parce qu'elles sont suffisamment précises. Celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*), pour montrer que l'estimation doit être interprétée avec prudence. Les proportions ou moyennes dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour en signaler l'imprécision, et ne sont fournies qu'à titre indicatif.

Dans le cas de certaines mesures physiologiques, en plus du CV, l'écart-type permet d'apprécier la dispersion des données autour de l'estimation de la moyenne de la distribution des données. Il s'obtient en faisant le rapport de la somme des différences entre chacune des données et le paramètre central estimé au carré sur le nombre d'observations moins un. Il s'exprime dans les mêmes unités que la variable analysée. Cette mesure augmente lorsque l'étendue des données est grande ou lorsque le nombre d'observations augmente.

Toute relation entre deux variables catégorielles est étudiée à l'aide du test du khi carré. Un ajustement a toutefois dû être fait pour tenir compte du plan de sondage. Le seuil de signification est fixé à 5 % pour tous les tests. Lorsque le test était significatif, des tests de comparaison de proportions ont pu être effectués. Ces derniers étaient également effectués en considérant le plan de sondage.

Les relations entre une variable continue et une variable catégorielle ont été étudiées à l'aide du test de Fisher corrigé par l'ajustement de Satterthwaite. Lorsqu'une relation significative est observée entre les estimations de moyenne pour l'ensemble des

modalités, des tests d'égalité de moyennes sont effectués à l'aide du test t de Student. Lorsque les valeurs des observations ne sont pas distribuées selon une loi normale, des transformations de variables sont effectuées et les tests sont réalisés sur les données transformées.

1.3 Présentation des résultats

Les pourcentages ont été arrondis à l'unité lorsque présentés dans le texte et à une décimale, dans les tableaux. En raison de leur arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement différente de 100 %. Il s'agit d'ailleurs d'estimations de la population visée plutôt que de valeurs exactes.

Les différences de proportions ou de moyennes mentionnées dans ce rapport sont significatives au seuil de 5 %. À l'occasion, des différences qui semblent d'intérêt en matière de santé ou de bien-être, mais ne sont pas significatives au point de vue statistique, sont signalées; on parle alors de tendances. Ces tendances pourront être vérifiées par des études plus approfondies par la suite.

Certains tableaux présentent des résultats pour les jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans; ces résultats sont alors comparables. Il arrive toutefois que les questions posées diffèrent pour les enfants et pour les adolescents, que ce soit dans leur formulation ou dans le nombre de catégories de réponses, ou encore que les indices soient créés différemment pour chacun des groupes d'âge. Les résultats sont alors présentés dans des tableaux différents et des comparaisons entre les groupes d'âge ne peuvent être faites.

Quelques résultats sont présentés selon le type de région de l'école. Cette variable provient de la stratification du plan de sondage. La répartition des enfants et des adolescents selon cette variable est présentée au tableau 1.6. Le type de région distingue les régions métropolitaines de recensement d'une part, et les zones urbaines de plus petite taille et les régions

rurales d'autre part, telles que définies par Statistique Canada.

Tableau 1.6
Type de région de l'école fréquentée selon l'âge des enfants et des adolescents à l'école primaire ou secondaire

	9 ans	13 ans	16 ans
	%		
RMR	61,2	59,0	60,7
Autres régions ⁽¹⁾	38,8	41,0	39,3

⁽¹⁾ Comprend les zones urbaines de plus petite taille que les RMR et les régions rurales.

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

Les résultats relatifs aux parents des enfants et des adolescents concernent soit les deux parents, soit le parent qui a rempli le questionnaire. Pour marquer la distinction, on désignera le parent répondant *le parent* et le parent répondant et son conjoint *les parents*. Lorsque les données ne sont connues que pour le parent répondant, lequel est une femme dans la grande majorité des cas, une mise en garde sera faite dans la section *Aspects méthodologiques* du chapitre en question.

Certains tableaux précisent les effectifs de population estimée (Pe) correspondant au nombre estimé de jeunes dans la population ou sous-population ayant une caractéristique donnée. Il s'agit en fait du numérateur de la proportion adjacente présentée dans le tableau. La plupart des chapitres comportent de telles estimations pour les variables principales qui y sont étudiées. Également, lorsqu'un chapitre traite plus spécifiquement d'une sous-population, les tailles selon l'âge et le sexe correspondant à celle-ci ont été calculées. Rappelons que la méthode de calcul des populations estimées, contrairement aux estimations de proportions et de moyennes, comporte un ajustement pour la non-réponse partielle. Cela entraîne qu'il n'y a pas de correspondance parfaite entre la proportion et la population estimée qui lui est associée. D'ailleurs, les mises en garde concernant les biais potentiels causés

par la non-réponse partielle sur une proportion ne s'appliquent pas nécessairement à l'estimation de la population estimée correspondante.

1.4 Aspects éthiques

En raison du jeune âge des personnes visées par cette enquête, le respect de leurs droits et de leur intégrité a été un sujet constant de préoccupation. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de Santé Québec et par celui du ministère de l'Éducation. L'utilisation des listes de clientèles scolaires, soumise à des contraintes rigoureuses, a été approuvée par la Commission d'accès à l'information. L'anonymat des enfants et des adolescents ainsi que la confidentialité de l'information obtenue ont été assurés à toutes les étapes. Une description plus détaillée de ces mesures est présentée dans le cahier technique et méthodologique (à paraître).

Le consentement libre, éclairé et actif des parents et de leurs enfants a été obtenu à l'aide d'un formulaire de consentement. Le prélèvement sanguin a fait l'objet d'une signature séparée à cause du caractère invasif de cette mesure.

1.5 Portée et limites de l'enquête

L'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* comporte des limites inhérentes aux enquêtes par questionnaire. Quoique la collecte des données ait été faite dans des conditions visant à assurer la bonne compréhension des questions et la confidentialité des réponses, les jeunes et les parents interrogés ont pu être influencés par la désirabilité sociale de certaines réponses ou par la difficulté à se rappeler les événements passés ou à les situer dans le temps. Cela est particulièrement vrai pour le groupe des 9 ans; peu d'enquêtes ont été faites directement auprès d'une population aussi jeune. De plus, les jeunes de cet âge se distribuent à peu près également entre la 3e et la 4e année du primaire; leur niveau de lecture peut donc varier notablement. La

difficulté à comprendre certaines questions a pu entraîner des inexactitudes dans leurs réponses (De Leeuw et Otter, 1995).

Il est présumé que le parent répondant est celui qui connaît le mieux l'enfant mais d'autres raisons peuvent avoir dicté le choix du parent répondant, par exemple le manque de disponibilité ou les difficultés de lecture de l'autre parent. Certaines variables ne concernent que le parent répondant : le soutien social, l'indice de détresse psychologique, l'indice de masse corporelle et les tentatives de modifier son poids, ainsi que la consommation d'alcool ou de drogues. Par ailleurs, la perception du quartier, celle de la situation financière du ménage ou la description du comportement de l'enfant peuvent varier en fonction du parent qui répond. Une mention en est faite dans la présentation de ces résultats. Les renseignements donnés par le parent répondant au sujet de son conjoint ou sa conjointe ou de son enfant peuvent occasionner des biais dans les estimations.

Les analyses présentées dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des méthodes bivariées. Le recours à ces méthodes ne permet pas le contrôle de facteurs exogènes, contrairement aux analyses multivariées. Les résultats doivent donc être interprétés avec la même prudence qui a guidé leur présentation. Ainsi, les relations observées entre les variables ne permettent pas de conclure à des liens de causalité. D'ailleurs, le modèle transversal de l'enquête ne permet pas de présumer de l'antériorité d'une situation par rapport à une autre. Enfin, la période de collecte des données (à l'hiver et au printemps) influence la pratique de l'activité physique et la présence de certains problèmes de santé.

Cependant, tout a été mis en place pour assurer la qualité des données de l'ESSEA. La collecte a permis d'atteindre des taux de réponse des jeunes très satisfaisants, allant de 78 % à 83 % selon l'âge. La presque totalité des répondants a aussi accepté les mesures du poids, de la taille et des plis cutanés. Si les

taux de réponse au prélèvement sanguin sont moindres (62 % à 75 % selon l'âge), la non-réponse a été analysée avec attention (voir les chapitres 15 et 17) et ne démontre pas de biais important. Soulignons également le taux de réponse de 97 % au questionnaire s'adressant à la direction de l'école, ce qui représente aussi le taux de réponse des écoles. La présence des intervieweurs, et en particulier l'assistance qu'ils ont procurée aux enfants de 9 ans, a permis de limiter la non-réponse partielle, faible en général. Celle-ci a été examinée pour chaque variable étudiée dans ce rapport, et analysée lorsqu'elle était assez élevée pour que l'on soupçonne un impact sur l'estimation; des indications sur les biais potentiels sont fournies dans les sections méthodologiques des chapitres. De plus, il faut souligner l'attention toute particulière qui a été prêté aux procédures inférentielles utilisées dans l'ESSEA. Des pondérations ont été effectuées pour chaque instrument de collecte de façon à minimiser les biais potentiels associés à la non-réponse totale et à faciliter la généralisation des résultats à la population visée. Toutes les mesures de précision et les tests ont été produits en tenant compte de la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Par ailleurs, ce rapport n'épuise pas les possibilités d'analyse de ces données d'enquête. Le lecteur y trouvera néanmoins une description assez complète des données. Des pistes de recherche sont suggérées dans la conclusion de plusieurs chapitres.

Bibliographie

BERTHIAUME, P., et F. LAPOINTE (1999). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois : aspects statistiques*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 54 p.

CLOUTIER, R., L. CHAMPOUX et C. JACQUES (1994). *Enquête ados, familles et milieu de vie : la parole aux ados!* Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, 124 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p.

DE LEEUW, E. D., et M. E. OTTER (1995). « The reliability of children's responses to questionnaire items; question effects in children's questionnaire data » dans HOX J. J., B. F. VAN DER MEULEN, J. M. A. M. JANSSENS, J. J. F. TER LAAK, L. W. C. TAVECCHIO (eds.). *Advances in Family Research*, Amsterdam, Thesis publishers, p. 251-268.

DESCHESNES, M. (1992). *Style de vie des jeunes du secondaire en Outaouais. Le vécu psychosocial des élèves du secondaire dans la région de l'Outaouais. Rapport final*, Hull, Département de santé communautaire de l'Outaouais, 124 p.

DESCHESNES, M., et C. SCHAEFER (1997). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et les centres jeunesse de l'Outaouais, Tome 1 (secteur général), 150 p.

GROUPE D'ÉVALUATION DES PROGRAMMES SOCIAUX (1993). *Étude multinationale sur les élèves et la santé 1993*, Kingston, Queen's University, NHW/HSP-315-03738.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, DIRECTION SANTÉ QUÉBEC (1998). *Questionnaire sur les habitudes de vie et la santé 1998*, ESS98/QAA.2.

LAVALLEE, C. (1998). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois : protocole d'enquête*, Institut de la statistique du Québec (non publié).

LOISELLE, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 105 p.

PARADIS, G., J. O'LOUGHLIN, N. KISHCHUK et L. RENAUD (1995). *Enquête sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les jeunes du Québec, Devis général de l'étude pilote* (non publié).

SHAH, B. V., B. G. BARNWELL et G. S. BIELER (1997). *SUDAAN User's Manual, version 7.5*, Research Triangle Park, NC, Research Triangle Institute.

STATISTIQUE CANADA, DIVISION DES ENQUÊTES-MÉNAGES (1994). *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 1994, Échantillon scolaire, F08S*.

STATISTIQUE CANADA et DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (1995). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants : matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995, Cycle 1*, Catalogue n° 95-01F.

