

Quoi de neuf à Santé Québec?

Février 2005

Volume 18, numéro 1

Mot du directeur

Les réalisations de la Direction Santé Québec qui vous sont présentées dans les pages qui suivent illustrent quelques façons d'exploiter des données d'enquêtes populationnelles : rapports, faits saillants, compendiums, etc. Les données sont maintenant disponibles pour d'autres analyses complémentaires, plus poussées, plus pointues, pour des plans d'action, des interventions, etc. Le souci de préserver la confidentialité des renseignements encadre l'accès aux données mais ne l'empêche pas. Heureusement, certains ne s'en privent pas d'ailleurs – l'Office des personnes handicapées du Québec dans son *StatFlash*, Gilles Paradis et ses collaborateurs dans des revues scientifiques, les quelque 35 équipes de chercheurs qui s'en sont prévalus au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ). Pourquoi pas vous? À ce jour, rares sont les demandes d'accès qui n'ont pas trouvé de solution : banques de données masquées, production de tableaux sur demande, ou accès direct par le CADRISQ.

Les publications de l'ISQ sont disponibles sur son site Web (www.stat.gouv.qc.ca) et des données sont maintenant accessibles à partir de la Banque de données des statistiques officielles sur le Québec. Les données et les résultats sont prêts à être exploités. Allez-y, prenez le relais!

Daniel Tremblay
Directeur

Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2003-2004

La vaccination contre l'influenza (la grippe) et contre le pneumocoque (la pneumonie) est une stratégie de santé publique qui a pour but de réduire le nombre de personnes hospitalisées à cause de ces maladies et de celles qui en meurent. Selon le *Plan national de santé publique 2003-2012*, pendant une épidémie saisonnière de grippe, de 300 000 à 500 000 Québécois sont atteints; entre 10 000 et 50 000 d'entre eux sont hospitalisés; et de 1 000 à 1 500 personnes vont décéder des complications de cette maladie. On estime qu'environ 5 000 Québécois sont hospitalisés chaque année pour une infection à pneumocoque et qu'au moins 12 % d'entre eux vont en mourir.

Les programmes de vaccination s'adressent à toute la population. Le vaccin contre l'influenza est toutefois offert gratuitement aux personnes de 60 ans et plus, aux personnes de tout âge atteintes d'une maladie chronique ainsi qu'à leurs proches, aux enfants en bonne santé âgés de 6 à 23 mois ainsi qu'à leurs proches et au personnel des établissements de soins de santé. Le vaccin contre le pneumocoque est offert gratuitement aux personnes de 65 ans et plus et aux personnes de 2 mois et plus présentant une condition médicale augmentant le risque d'infections invasives à pneumocoque.

Les programmes de vaccination contre l'influenza et contre le pneumocoque mobilisent une quantité imposante de ressources, tant humaines que monétaires, pour convaincre la population de la nécessité de se faire vacciner. Ce constat est vrai surtout pour la vaccination contre l'influenza puisque ce vaccin doit être répété chaque année, tandis que la vaccination contre le pneumocoque n'est nécessaire qu'une fois dans la vie d'une personne. L'évaluation de ces programmes s'avère donc essentielle afin d'estimer la portée des efforts déployés pour transformer en réalité les objectifs visés par le *Plan national de santé publique*.

C'est dans cette perspective qu'une première enquête a été menée en 2002. La répétition de cette enquête en 2004 permet d'assurer une surveillance appropriée du comportement de vaccination des Québécois contre l'influenza et contre le pneumocoque. La population à l'étude était constituée des personnes de 50 ans et plus vivant en milieu ouvert.

Un échantillon représentatif a été constitué pour rencontrer les objectifs spécifiques suivants, concernant la vaccination contre l'influenza : a) mesurer l'ampleur de la couverture vaccinale, tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle provinciale, pour les groupes d'âge suivants : 50 ans et plus, 60 ans et plus et 65 ans et plus; b) mesurer l'ampleur de la couverture vaccinale à l'échelle provinciale uniquement pour les groupes d'âge suivants : 50-59 ans et 60-64 ans; et c) comparer les couvertures vaccinales à l'échelle provinciale entre les campagnes 2001-2002 et 2003-2004. En ce qui concerne le vaccin contre le pneumocoque, les objectifs spécifiques étaient les suivants : mesurer l'ampleur de la couverture vaccinale contre le pneumocoque à l'échelle provinciale et à l'échelle régionale pour les 65 ans et plus, puis comparer le taux de vaccination observé en 2004 avec celui observé en 2002.

La collecte des données s'est déroulée du 22 mars au 17 avril 2004, au moyen d'entrevues téléphoniques. Ce sont 3 623 personnes âgées de 50 ans et plus, vivant en milieu ouvert, qui ont répondu au questionnaire.

L'enquête estime qu'au cours de la campagne 2003-2004, 43 % des Québécois âgés de 50 ans et plus ont été vaccinés contre l'influenza. La proportion de personnes vaccinées augmente avec l'âge (23 %, chez les 50-59 ans c. 41 %, chez les 60-64 ans c. 65 %, chez les 65 ans et plus). Une proportion plus élevée de femmes que d'hommes s'est fait vacciner (46 % c. 41 %). La couverture vaccinale varie en fonction du niveau de scolarité relative : la proportion la plus élevée se situe dans la catégorie « scolarité faible » (48 %) et la proportion la plus faible se situe dans la catégorie « scolarité moyenne » (38 %) de l'indice de scolarité relative. Il y a une augmentation significative entre les campagnes 2001-2002 et 2003-2004 chez les 50 ans et plus (38 % c. 43 %), chez les 50-59 ans (18 % c. 23 %) et chez les 60 ans et plus (54 % c. 58 %).

En ce qui concerne le taux de vaccination contre le pneumocoque, on estime que 44 % des Québécois de 65 ans et plus ont été vaccinés à un moment ou à un autre de leur vie contre le pneumocoque. Le taux de vaccination ne varie pas en fonction du niveau de scolarité relative et il n'y a pas de différence significative entre le taux observé en 2004 et celui observé en 2002 (42 %).

En conclusion, nous constatons que l'objectif du *Plan national de santé publique* d'immuniser contre l'influenza 80 % de la population est encore loin d'être atteint. La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 60 ans et plus est éloquent à cet égard puisqu'on estime que 58 % de cette population a été vaccinée au cours de la campagne 2003-2004. Il en va de même pour la vaccination contre le pneumocoque des personnes de 65 ans et plus. Nous retiendrons toutefois que le comportement des Québécois semble s'améliorer puisqu'une tendance à la hausse est observée quel que soit le groupe d'âge examiné. Les prochaines enquêtes pourront confirmer s'il y a véritablement une tendance à la hausse, si celle-ci est constante et, si le rythme se maintient, dans combien de temps on pourra atteindre les objectifs du *Plan national de santé publique 2003-2012*.

La réalisation de l'enquête ainsi que la publication du rapport ont été financées par la Direction de la protection de la santé publique et la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le contenu du rapport a été rédigé par Maryse Guay, MD, M. Sc., FRCPC, de l'Institut national de santé publique du Québec, avec la collaboration de Gaëtane Dubé, Ph. D., et de Luc Côté, M. Sc., de l'Institut de la statistique du Québec, et des membres du Comité de surveillance de la couverture vaccinale du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza sous la présidence de Mme Louise Valiquette. Le rapport est disponible au Centre de documentation de l'ISQ situé au 200, chemin Sainte-Foy, Québec. Il est également disponible en format PDF sur le site Internet de l'ISQ à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca.

Gaëtane Dubé
Chargée de projet

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'ESCC est une enquête de Statistique Canada comportant des cycles de deux ans. La première année du cycle est consacrée à une enquête générale réalisée auprès de 130 000 personnes, ce qui permet de produire des données représentatives des régions sociosanitaires (l'échantillon du Québec comporte près de 23 000 répondants). La deuxième année du cycle de l'enquête porte sur une thématique particulière et rejoint 30 000 répondants dans l'ensemble du Canada, les données n'étant alors représentatives qu'au niveau provincial (l'échantillon comprend 5 000 Québécois). Les lignes qui suivent font état de l'avancement des travaux de Statistique Canada ainsi que des activités relatives à l'exploitation des données québécoises de cette enquête.

La coordination des activités québécoises relatives à l'ESCC est dorénavant facilitée par la mise en place du Comité d'orientation de l'ESCC-Québec composé de représentants des instances de santé suivantes : le MSSS (Direction générale de la santé publique et Direction des études et analyses), l'INSPQ (Direction de la planification, de la

recherche et de l'innovation), la Table de concertation nationale en connaissance et surveillance de la santé et du bien-être, qui regroupe des représentants des Directions de santé publique des Agences régionales de santé, et l'ISQ (Direction Santé Québec et Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales). Ce comité relève du Comité permanent de gestion de la Direction Santé Québec.

◆ ESCC cycle 1.1 (2000-2001) — enquête générale

La région du Nord-du-Québec dispose maintenant d'un compendium de tableaux des résultats de l'enquête. Pour des raisons d'effectifs de population insuffisants, ce compendium n'avait pu être produit à partir du fichier de grande diffusion de Statistique Canada comme on l'avait fait pour les autres régions. Pour cette région, Santé Québec a utilisé le fichier de partage des données québécoises de l'enquête dont l'ISQ est dépositaire.

Rappelons que le fichier de partage de cette enquête est disponible au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) ainsi qu'un fichier de microdonnées légèrement masquées conçu par l'ISQ pour des fins d'analyse et de recherche (FARE) et utilisé comme complément du fichier de grande diffusion de Statistique Canada.

◆ ESCC cycle 1.2 (2002) — santé mentale et bien-être

Cette enquête fournit des estimations à l'échelle du Canada (échantillon de 36 984 personnes) et des provinces (5 332 au Québec), mais non à l'échelle des régions, sur l'état de santé mentale, les déterminants de la santé mentale et l'utilisation des services de santé mentale. Le fichier de grande diffusion de l'enquête n'est pas distribué de facto aux régions; celles-ci doivent en faire la demande à Statistique Canada pour le recevoir (sans frais). À la demande du MSSS, des travaux sous la coordination de Santé Québec sont en cours pour recommander un plan d'exploitation et de diffusion de ces données.

◆ ESCC cycle 2.1 (2003) — enquête générale

Les premiers résultats de l'enquête ont été diffusés le 15 juin 2004 sur le site de Statistique Canada dans *Le Quotidien*. Des tableaux sur les principaux indicateurs de santé et le profil régional sont disponibles sur CANSIM. Le fichier maître est accessible dans les centres de données de recherche (le Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales [CIQSS] au Québec).

Le fichier de grande diffusion sera envoyé par Statistique Canada aux instances de santé à la fin de janvier 2005 (exclusion prévue des données des régions du Nord-du-Québec et des Terres-cries-de-la-Baie-James dont les populations sont inférieures à 70 000 habitants; rappelons que la région du Nunavik ne faisait pas partie de cette enquête.). Le service de télé-accès de Statistique Canada sera aussi disponible vers cette période.

Une étude réalisée par Statistique Canada sur l'effet des modes de collecte permet d'observer des différences pour plusieurs variables de l'enquête selon que l'entrevue avec le répondant a eu lieu au téléphone ou en face-à-face. Ces résultats devront être pris en compte lors des comparaisons entre les données des cycles 1.1 et 2.1, puisque les proportions respectives d'entrevues téléphoniques et d'entrevues en face-à-face varient entre ces deux enquêtes selon la base de sondage utilisée. La Direction de la

méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales de l'ISQ examine présentement l'effet des bases de sondage sur les résultats en vue de fournir des recommandations aux utilisateurs des données.

Lors de la sortie des résultats de l'enquête, l'augmentation de l'obésité a suscité l'intérêt des médias québécois, ce qui a mené l'ISQ et l'INSPQ à développer un projet de publication conjointe sur cette problématique. La diffusion est prévue pour le printemps.

Des compendiums de tableaux des résultats de l'enquête seront préparés par Santé Québec pour l'ensemble du Québec et les régions à partir du fichier de grande diffusion de Statistique Canada. Les compendiums de tableaux du cycle 1.1, réédités à la fois pour faciliter les comparaisons et l'utilisation de ces documents, seront envoyés avec ceux du cycle 2.1. On comprendra que le report par Statistique Canada de la date de transmission du fichier de grande diffusion à la fin de janvier a eu pour effet de retarder la sortie de ces compendiums. À la suite de l'entente de service entre le MSSS et l'ISQ, la région du Nord-du-Québec recevra le compendium des tableaux de résultats pour sa population produit à nouveau par Santé Québec à partir du fichier de partage de l'enquête.

Le Comité d'orientation de l'ESCC-Québec se penchera sous peu sur les besoins d'information et de formation des utilisateurs des données de l'ESCC et proposera une formule d'atelier adaptée à leurs besoins.

◆ ESCC cycle 2.2 (2004) — nutrition

La collecte des données de cette enquête, qui fournit des données provinciales seulement, s'est terminée à la fin de décembre 2004. Les premiers résultats, portant sur différentes variables de santé, seront diffusés par Statistique Canada à l'été 2005. Les résultats du rappel alimentaire des dernières 24 heures (partie nutritionnelle de l'enquête) seront disponibles dans un deuxième temps, soit à l'automne 2005.

◆ ESCC cycle 3.1 (2005) — enquête générale

La collecte des données par Statistique Canada a débuté en janvier 2005. Le questionnaire comprend une vingtaine de modules communs à l'ensemble des répondants (portrait provincial seulement) ainsi que des modules s'adressant à des sous-échantillons de la population (portrait régional). À ces modules s'ajouteront, pour les répondants québécois, des questions sur l'insécurité alimentaire, le soutien social, le suicide, la satisfaction de la vie, le stress au travail, la dépression et la détresse. Ces derniers modules — qui constituent le contenu optionnel pour le Québec — sont le fruit de la consultation menée auprès des utilisateurs des données d'enquête du réseau de la santé à partir d'une liste de modules prédéterminés par Statistique Canada. Le processus de consultation ayant mené à la recommandation finale était encadré par le Comité d'orientation de l'ESCC-Québec.

◆ ESCC cycle 3.2 (2006) — mesures de la santé physique

Contrairement à ce qui a été annoncé lors du dernier bulletin de Santé Québec, Statistique Canada consacrera l'année 2006 à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS). En complément à un questionnaire portant sur diverses variables de la santé, des mesures physiques directes, comme la tension artérielle, la taille et le poids, le

prélèvement d'échantillons de sang et d'urine, des tests en vue d'évaluer la forme physique, etc. seront effectués. Étant donné les coûts d'une telle enquête, l'échantillon (environ 8 000 répondants) fournira un portrait canadien pour l'ensemble des données; quelques problèmes prévalents pourront être estimés à l'échelle provinciale. La diffusion des résultats est prévue pour 2008.

Carole Daveluy
Coordonnatrice

et l'équipe de l'ESCC

L'incapacité dans les familles québécoises : Composition et conditions de vie des familles, santé et bien-être des proches

Publiée par l'Office des personnes handicapées du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, cette monographie décrit les ménages des personnes ayant une incapacité et documente les conditions de vie des proches de ces personnes. Les données de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) et de l'Enquête sociale et de santé (ESS) 1998 sont réexaminées sous l'angle des liens entre les personnes du ménage.

◆ Huit types de ménage à l'étude

Au Québec, 3 ménages privés sur 10 comptaient au moins une personne ayant une incapacité en 1998. Ces personnes sont des parents, des enfants, des conjoints ou d'autres personnes; huit types de ménage sont donc décrits.

Globalement, on estime à 591 200 le nombre de ménages familiaux comptant une personne avec incapacité. D'abord, les familles où un enfant mineur a une incapacité comptent pour 3,4 % des ménages québécois. Puis, les familles avec un ou des enfants mineurs où le parent a une incapacité touchent 4,8 % des ménages. Notons que les familles peuvent faire partie de ces deux types à la fois et ces proportions ne peuvent donc pas être additionnées; il en est de même pour la plupart des autres types de ménage décrits. Les familles où un enfant majeur a une incapacité comptent pour 1,5 % des ménages alors que 3,1 % des ménages sont des familles avec un ou des enfants majeurs seulement où un ou les deux parents ont une incapacité. Les couples sans enfant à domicile où un conjoint a une incapacité regroupent 8 % des ménages. Enfin, 1,2 % des ménages comprennent une personne apparentée avec incapacité, ce qui complète les ménages familiaux.

Les ménages non familiaux comprennent : les personnes avec incapacité vivant seules (8,6 % des ménages québécois) et les ménages où une personne non apparentée aux autres membres du ménage a une incapacité, (moins de 1 % des ménages québécois).

◆ Des situations complexes

Un examen plus détaillé montre que le tiers des familles où un enfant (ou plusieurs enfants) a une incapacité compte au moins une autre personne avec incapacité, un des parents plus de 9 fois sur 10. Nombreuses sont donc les familles avec un ou des enfants mineurs qui font face à plusieurs problématiques reliées à l'incapacité. Dans les familles où un enfant majeur a une incapacité, c'est la moitié d'entre elles qui compte aussi une autre personne avec incapacité, un des parents dans 9 cas sur 10.

Autre constatation importante de l'étude : parmi les couples sans enfant à domicile où au moins un conjoint a une incapacité, les deux ont une incapacité dans environ 30 % des cas. Enfin, les personnes avec incapacité vivant avec une personne apparentée (selon des liens autres que ceux de parent-enfant) vivent avec des familles biparentales (22 %) ou monoparentales (18 %), des couples sans enfant (22 %) ou dans des ménages multifamiliaux (incluant les familles à trois générations) ou non familiaux (38 %). Dans ces ménages, 27 % comptent aussi une autre personne avec incapacité, en plus d'une personne apparentée.

◆ **Les conditions de vie, la santé et le bien-être des proches**

Pour six types de ménage (voir encadré), les proches susceptibles de soutenir la personne ayant une incapacité sont comparés à des personnes ayant un lien semblable de

parent, d'enfant, etc. dans des ménages où personne n'a d'incapacité. Les comparaisons distinguent trois groupes : les ménages avec une personne ayant une incapacité, les ménages avec plus d'une personne ayant une incapacité et (groupe de comparaison) les ménages où personne n'a d'incapacité.

Dans les familles avec un ou des enfants mineurs ou majeurs ainsi que dans les ménages formés de couples sans enfant, les conditions économiques se sont révélées moins favorables lorsqu'un membre du ménage a une incapacité, que l'on considère le revenu du ménage en dollars ou le niveau de revenu (seuils tenant compte du nombre de personnes dans le ménage). Dans le texte qui suit, ce sont plutôt les aspects ayant trait à la santé, au soutien social ou aux relations familiales qui seront présentés.

Personne avec incapacité et ses proches

Personne avec incapacité	Proches considérés comme un soutien
1. Enfant mineur avec incapacité	Parents
2. Parent avec incapacité ayant un ou des enfants mineurs	Conjoint du parent
3. Enfant majeur avec incapacité	Parents
4. Parent avec incapacité ayant un ou des enfants majeurs seulement	Conjoint du parent, le ou les enfants majeurs
5. Conjoint avec incapacité sans enfant à domicile	Conjoint
6. Personne apparentée avec incapacité	Autres adultes

◆ **Les familles avec un ou des enfants mineurs**

La comparaison de la situation des familles où un enfant mineur a une incapacité avec celle des familles sans incapacité montre une surreprésentation des familles monoparentales (27 % c. 20 %) ainsi qu'un nombre d'enfants plus élevé. Les mères rapportent plus souvent des difficultés dans leurs relations avec leurs enfants, mais cela peut être lié à la propre incapacité des mères puisque cette situation s'observe dans les familles du groupe où un enfant et une autre personne ont une incapacité. Les mères d'un enfant avec incapacité ont un niveau de soutien social plus faible que les autres mères d'enfants mineurs. Quant à la santé et au bien-être, ces mères encore une fois semblent dans une situation de vulnérabilité. La présence d'un enfant avec incapacité est liée chez elles à la perception de l'état de santé, à la consultation d'un professionnel de la santé et à la détresse psychologique. Ainsi, 3 mères sur 10 se situent au niveau élevé de la détresse psychologique contre 2 sur 10 dans les familles sans incapacité. Dans les familles où un enfant et une autre personne ont une incapacité, les mères perçoivent leur état de santé comme étant moins bon (excellent ou très bon : 27 %) comparativement aux mères du groupe de comparaison (64 %). On n'observe pas de différence chez les pères selon qu'ils ont ou non un enfant avec incapacité.

Dans les familles où c'est le parent qui a une incapacité, les mères avec incapacité présentent des difficultés qu'on n'observe pas chez les pères avec incapacité : état de santé perçu comme étant moins bon et difficultés dans leurs relations avec leurs enfants. Les pères sans incapacité (leur conjointe ayant une incapacité) déclarent, en plus grande proportion, avoir des difficultés conjugales (41 %) que les pères des familles où personne n'a d'incapacité (27 %). Les conjoints masculins sans incapacité déclarent, plus que les pères du groupe de comparaison, n'avoir aucune sinon une seule personne pouvant les aider au besoin (27 % contre 17 %). Par ailleurs, les mères sans incapacité dont le

conjoint a une incapacité sont plus nombreuses à avoir un niveau élevé de détresse psychologique que les mères du groupe de comparaison.

◆ **Les familles avec un ou des enfants majeurs**

Parmi les enfants majeurs avec incapacité vivant avec leurs parents, plus de 8 sur 10 reçoivent de l'aide de leurs parents pour les activités de la vie quotidienne. Ces familles peuvent vivre des situations relativement difficiles puisque dans la moitié d'entre elles, une autre personne a également une incapacité; signalons que le quart des parents ont 65 ans et plus. De plus, 4 familles sur 10 comptent un seul parent.

Comme dans les familles avec un ou des enfants mineurs, les mères de ce groupe se classent plus souvent au niveau élevé de la détresse psychologique. Les pères et les mères sont plus nombreux à consommer des médicaments prescrits; cependant, leur propre situation d'incapacité ou leur âge plus élevé pourraient être en cause, car ce sont les parents du groupe où à la fois un enfant majeur et un parent ont une incapacité qui se distinguent.

Dans les familles avec un ou des enfants majeurs seulement où c'est le parent qui a une incapacité, les trois quarts de ces parents avec incapacité reçoivent de l'aide de leurs fils ou filles et la moitié en reçoivent de leur conjoint (les sources d'aide n'étant pas exclusives.) Les mères sans incapacité (leur conjoint ayant une incapacité) sont plus nombreuses à consommer des médicaments prescrits que les mères des familles avec un ou des enfants majeurs où personne n'a d'incapacité. Si l'on compare l'ensemble des personnes adultes du ménage, autres que le parent avec incapacité, on constate que ces hommes et ces femmes sont plus nombreux à consommer des médicaments prescrits. Cependant, ce sont surtout les hommes — pères, fils ou conjoints — qui semblent défavorisés par rapport à ceux des familles sans incapacité. Ils tendent à percevoir leur état de santé comme étant moins bon, et à avoir un plus faible

soutien social, moins d'aidants potentiels et des rencontres sociales moins fréquentes. Notons de plus que les familles où un enfant majeur et un parent ont une incapacité sont à 49 % des familles monoparentales, contre 30 % des familles sans incapacité ou des familles où seul l'enfant majeur a une incapacité.

◆ Les couples sans enfant

Les personnes avec incapacité faisant partie d'un couple sans enfant à domicile sont à 46 % des personnes de 65 ans ou plus. Dans les couples où un seul conjoint a une incapacité, ce dernier reçoit de l'aide de son conjoint dans 83 % des cas; dans les couples où les deux membres ont une incapacité, 54 % reçoivent tout de même de l'aide de leur conjoint. Dans ce type de ménage, on constate des besoins d'aide plus importants chez les femmes que chez les hommes. Les conjointes sans incapacité perçoivent moins souvent leur état de santé comme étant excellent ou très bon lorsque leur conjoint a une incapacité (43 %) que lorsque ce dernier n'en a pas.

◆ Les personnes apparentées

Les personnes ayant une incapacité et vivant avec une personne apparentée font partie de ménages très diversifiés, ainsi que mentionné plus haut. Leurs sources d'aide sont également diversifiées et la famille y est bien présente puisque 57 % reçoivent de l'aide de frères, sœurs ou autres personnes apparentées; 42 % reçoivent de l'aide de leurs enfants; d'autres sources d'aide sont mentionnées mais les faibles effectifs ne permettent pas une bonne précision. Malgré les faibles effectifs pour ce type de ménage, on observe que les hommes vivant avec une personne apparentée et ayant une incapacité ont plus souvent consommé des médicaments prescrits ou consulté un professionnel de la santé, au cours de la période de référence, que les hommes vivant dans des ménages comparables mais où personne n'a d'incapacité.

◆ Les personnes seules

Pour ce groupe important de ménages (8,6 % des ménages privés), les besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne sont décrits. On observe que 59 % d'entre eux ont besoin d'aide et parmi ces derniers, 86 % en reçoivent. Aide reçue et besoin d'aide pouvant cohabiter, un ménage sur deux a tout de même des besoins non comblés. Les personnes seules déclarent des sources d'aide variées; l'aide provient autant de la famille (34 % reçoivent de l'aide de frères, sœurs ou autres personnes apparentées et 32 %, des enfants) que d'autres sources informelles (37 % : amis, voisins ou bénévoles) et formelles (32 %).

◆ Conclusion

Cette étude apporte des connaissances inédites sur les caractéristiques des divers types de ménages des personnes avec incapacité, qui totalisaient 870 700 ménages (familiaux ou non familiaux) ou 29 % des ménages privés québécois en 1998. Elle décrit, en plus des aspects abordés plus haut, les besoins d'aide des personnes avec incapacité, leur participation au marché du travail, leur situation financière et celles de leur famille. L'étude met en lumière certains aspects des conditions de vie des proches, qui pourraient n'être que la pointe de l'iceberg des conséquences qu'a sur eux l'incapacité de leur enfant, de leur parent ou de leur conjoint.

Le rapport de l'étude est disponible en format imprimé et peut également être consulté sur le site Web de l'Institut à l'adresse suivante :

www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/incap_famille_pdf.htm

Jacinthe Aubin
Chargée de projet

Population à l'étude

- ◆ Incapacité telle que définie dans l'EQLA pour les personnes de 15 ans et plus; les enfants de 0-14 ans présentant uniquement des troubles émotifs ou de comportement ou des troubles d'apprentissage sont considérés comme n'ayant pas d'incapacité aux fins de cette étude.
- ◆ Inclut 95 % des ménages de l'ESS 1998, c'est-à-dire ceux dont tous les membres ont un statut d'incapacité défini.
- ◆ Exclut les familles d'accueil ainsi qu'un petit nombre de ménages pour qui la nature du lien entre la personne ayant une incapacité et les autres personnes du ménage n'est pas précisée.

Résultats de Grandir en qualité 2003

◆ Des forces et des faiblesses signalées dans le réseau québécois des services de garde éducatifs à la petite enfance

En juin dernier, paraissait le rapport de l'Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs, aussi connue sous le nom de *Grandir en qualité 2003*. Depuis, trois fascicules résumant les principaux résultats ont été produits et distribués en grand nombre aux intervenants du réseau offrant des services de garde éducatifs à la petite enfance. Rappelons par ailleurs que l'enquête visait cinq sous-populations d'enfants selon qu'ils fréquentaient des services offerts par un centre de la petite enfance (CPE - en installation ou en milieu familial) ou par une garderie privée et selon l'âge des enfants (moins de 18 mois ou 18 mois à 5 ans) :

1. enfants de moins de 18 mois en installation de CPE;
2. enfants de 18 mois à 5 ans en installation de CPE;
3. enfants fréquentant un service en milieu familial coordonné par un CPE;
4. enfants de moins de 18 mois en garderie privée;
5. enfants de 18 mois à 5 ans en garderie privée.

Pour chacune de ces sous-populations, des observations effectuées dans les services de garde ont permis d'évaluer environ 120 aspects de l'environnement de garde éducatif des enfants et, ainsi, de produire des scores de qualité sur ces mêmes aspects, sur quatre dimensions principales et sur la qualité d'ensemble. Voici, en bref, ce que ces scores nous ont révélé :

◆ Une qualité d'ensemble ni bonne ni mauvaise

Les données de cette enquête ont permis de constater que la qualité d'ensemble des services de garde éducatifs à la petite enfance régis par le gouvernement québécois est évaluée comme étant passable en moyenne. Font exception les services offerts aux enfants de moins de 18 mois (poupons) dans les installations dirigées par les centres de la petite enfance (CPE) qui présentent une bonne qualité d'ensemble.

Selon l'enquête, l'atteinte d'un niveau de qualité passable signifie que les services offerts satisfont généralement aux principes du programme éducatif sans que l'on puisse toutefois les qualifier de bons.

◆ Des différences selon les types de services

Malgré l'obtention de scores d'ensemble que l'on qualifie de passables pour quatre des cinq types de services évalués, on constate qu'il existe des différences significatives entre les niveaux de qualité observés selon ces types de services. Ainsi, sur une échelle de 1 à 4, les scores moyens de qualité obtenus en garderie privée sont de 2,62 et 2,58 respectivement pour les services offerts aux enfants de moins de 18 mois et ceux de 18 mois à 5 ans. En comparaison, ces scores sont de 3,05 et 2,93 en installation de CPE. Quant aux services offerts aux enfants de 0 à 5 ans en milieu familial qui sont coordonnés par un CPE, ils obtiennent un score moyen de 2,75.

Ces différences traduisent des réalités différentes pour les enfants selon qu'ils fréquentent un service offert par un CPE ou par une garderie privée. Les données de l'enquête permettent en effet de constater qu'à peine 3,4 % des poupons et 5,5 % des enfants de 18 mois à 5 ans qui sont gardés dans une installation de CPE reçoivent des services jugés insatisfaisants en regard des principes du programme éducatif (score inférieur à 2,50), alors que ces pourcentages sont d'environ 29 % et 37 % respectivement dans les garderies privées. En milieu familial, c'est 21 % des services offerts qui sont jugés insatisfaisants.

À l'inverse donc, environ trois poupons sur cinq (61 %) et deux enfants de 18 mois à 5 ans sur cinq (42 %) fréquentent des services de qualité bonne ou très bonne (score moyen d'au moins 3,00), alors que ces mêmes ratios s'élèvent tout juste à un enfant sur 10 en garderie privée (10 % et 11 % respectivement). À mi-chemin entre ces deux réalités, les enfants en milieu familial reçoivent des services de bonne ou très bonne qualité dans près d'un cas sur cinq (19 %).

◆ De nombreuses forces concernant les interactions des éducatrices

Parmi les points positifs, plusieurs concernent la dimension de l'interaction avec les enfants, plus particulièrement en ce qui a trait à la communication et aux relations interpersonnelles. Par exemple, les éducatrices ainsi que les responsables de services de garde en milieu familial (RSG) sont en général bien à l'écoute des enfants, elles utilisent un langage approprié pour s'adresser à eux, et elles expriment adéquatement leurs attentes et leurs limites à leur égard. De plus, elles manifestent des qualités personnelles favorables à l'établissement de relations solides avec les enfants telles que la chaleur, la disponibilité, l'attention, l'entrain et la patience. Parallèlement, la dimension de l'interaction entre l'éducatrice ou la RSG et les parents compte aussi parmi les forces relevées dans les services. Vu l'importance accordée à

la collaboration entre les services et la famille dans le programme éducatif, ce résultat mérite d'être souligné.

◆ Du matériel souvent insuffisant

L'enquête indique aussi la présence de faiblesses dans les services, dont plusieurs touchent la dimension de la structuration des lieux (aménagement physique et matériel). Ainsi, dans la plupart des types de services, on estime qu'au moins trois enfants sur cinq fréquentent des services où la qualité sur le plan du matériel disponible est jugée insatisfaisante au regard des principes du programme éducatif. Ce résultat tient notamment au fait que le matériel s'avère généralement insuffisant pour favoriser le développement global des enfants (ex. : matériel favorisant le développement psychomoteur, matériel disponible pour les jeux extérieurs).

◆ Des améliorations à prévoir concernant la santé et la sécurité des enfants

Par ailleurs, quelques manquements relatifs à la santé et la sécurité des enfants sont relevés, tels que la fréquence insuffisante du lavage des mains par l'éducatrice ou la RSG et le caractère sain des lieux qui, en général, n'est pas assuré en conformité avec la réglementation ou les pratiques recommandées en la matière.

◆ De nombreux facteurs associés à la qualité

L'enquête avait aussi comme objectif d'explorer les associations entre la qualité des services offerts et de nombreux facteurs. On peut regrouper en quatre grandes familles de variables les données qui ont été recueillies dans le but d'étudier leur lien potentiel avec la qualité : 1 - les facteurs relatifs au groupe d'enfants observé (âge des enfants, taille du groupe, ratio enfants/adulte, etc.); 2 - les caractéristiques du personnel éducateur (formation, expérience, satisfaction au travail, etc.); 3 - les facteurs portant sur l'organisation du service lui-même (caractéristiques des gestionnaires, part de personnel qualifié, présence d'une conseillère pédagogique, etc.) et; 4 - les facteurs ayant trait au milieu environnant du service de garde (localisation et environnement sociodémographique).

Comme cette analyse a porté à la fois sur la qualité d'ensemble et sur la qualité par dimension, et ce pour chacun des types de services, il est difficile d'en résumer les résultats. Toutefois, si l'on devait retenir une variable en particulier, la formation continue apparaît la plus étroitement liée à la qualité des services offerts. En effet, la participation du personnel éducateur à des activités de perfectionnement s'avère associée à toutes les dimensions, y compris à la qualité d'ensemble. Qui plus est, l'importance de ce facteur est confirmée par les analyses multivariées qui indiquent que la participation à des activités de perfectionnement est associée positivement (et indépendamment des autres variables considérées) à la qualité d'ensemble de quatre des cinq types de services étudiés.

◆ Une réponse très favorable de la part des personnes responsables de la qualité

Il convient de souligner l'accueil positif réservé aux résultats de l'enquête *Grandir en qualité*, par les personnes responsables de la qualité des services offerts aux enfants (éducatrices, gestionnaires, représentants d'associations)

Non seulement la diffusion des fascicules de l'enquête, à près de 40 000 exemplaires, a-t-elle suscité un intérêt considérable, mais, depuis la parution du rapport, nombreuses ont été les présentations, les tables rondes et les conférences ayant porté directement sur les résultats de l'enquête ou sur les suites à donner. Nos communications avec les gens du milieu nous indiquent également que les services sont nombreux à utiliser les fascicules de l'enquête dans le cadre d'ateliers de formation visant à promouvoir la qualité. Cette réaction s'inscrit logiquement dans la foulée du taux de réponse à l'enquête car rappelons que près de 88 % des 905 services visés ont accepté de prendre part à ce projet d'évaluation de la qualité.

En somme, il est satisfaisant de constater l'utilité des données de l'enquête sans compter que la réponse des personnes qui œuvrent dans ce milieu témoigne de leur souci d'offrir des services qui sauront profiter à nos enfants.

Pour en savoir plus sur l'enquête Grandir en qualité 2003

Les trois fascicules sur les faits saillants de l'enquête sont téléchargeables à partir du site Internet de l'enquête (www.grandirenqualite.gouv.qc.ca).

Le rapport de l'enquête est aussi offert gratuitement sur le site Internet de l'ISQ (www.stat.gouv.qc.ca). La version imprimée du rapport est en vente aux Publications du Québec ou peut être commandée au Centre d'information et de documentation de l'ISQ.

Les échelles d'observation et les guides de cotation ayant permis d'évaluer la qualité éducative dans les services de garde sont disponibles sur le site Internet du MESSF (www.messf.gouv.qc.ca) sous la rubrique « Publications ».

Carl Drouin
Coordonnateur

Claire Fournier
Agente de recherche

Faits saillants de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (ESSEA), volet nutrition

C'est lors des Journées annuelles de santé publique tenues du 29 novembre au 2 décembre dernier qu'a été rendu public le rapport du volet nutrition de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (ESSEA). La journée organisée par l'ISQ intitulée « L'alimentation des jeunes québécois : un portrait attendu, des actions bienvenues » a permis aux auteurs du rapport de présenter les principaux résultats de l'enquête et aux divers chercheurs et intervenants rassemblés pour l'occasion de discuter de l'utilisation des données pour la promotion d'une saine alimentation chez les jeunes ainsi que pour l'élaboration de politiques et de programmes de prévention en santé publique. Ce lancement s'est avéré un franc succès, si on se fie aux nombreuses personnes présentes à la journée ISQ tenue le 30 novembre, et à la couverture médiatique exceptionnelle dont le rapport a fait l'objet.

Considéré comme une première au Québec, le volet nutrition de l'ESSEA procure des renseignements détaillés sur l'alimentation des jeunes : apports en énergie et en

nutriments, consommations alimentaires et comportements en matière d'alimentation. Cette enquête vise les jeunes de 6 à 16 ans fréquentant un établissement scolaire de niveau primaire ou secondaire. La collecte de données a impliqué 1 934 jeunes de 181 écoles primaires et secondaires de l'ensemble du Québec et s'est déroulée entre le 20 janvier et le 31 mai 1999. Elle a été réalisée principalement à l'aide d'un inventaire complet des aliments et des boissons consommés par les jeunes au cours d'une période de 24 heures (rappel alimentaire de 24 heures répété dans 50 % des cas), dans le cadre d'une entrevue avec une nutritionniste. Chacun des enfants et adolescents a également répondu à un questionnaire portant sur la confiance en soi à l'école, l'estime de soi et certains comportements ayant trait à l'alimentation et à la santé; chacun était pesé et mesuré par une nutritionniste selon un protocole strict. D'autres renseignements étaient également fournis par les parents tandis que les directions d'école étaient sollicitées pour fournir des renseignements sur les services disponibles et les politiques en vigueur. Les taux de réponse de 96 % des écoles et de 75 % des jeunes (de 69 % à 83 % selon l'âge) se sont avérés très satisfaisants.

L'enquête a été menée principalement avec la collaboration du Bureau des sciences de la nutrition à Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs experts québécois du réseau de la santé et des services sociaux et des universités ont collaboré à l'analyse des résultats, sous la direction de notre collègue Claudette Lavallée qui nous a quittés depuis pour une retraite bien méritée.

◆ Des profils distincts selon l'âge mais des objets de préoccupation pour tous...

Voilà comment résumer en une phrase une enquête extrêmement riche sur un sujet jugé complexe même par les spécialistes! À ce titre, mentionnons que les nombreux résultats issus de l'enquête sont présentés selon le sexe et l'âge des jeunes, soit les 6-8 ans, les 9-11 ans, les 12-14 ans et les 15-16 ans, ce qui rend son contenu d'autant plus riche. Lorsque les données s'y prêtaient, des analyses ont également été menées selon le niveau de scolarité de la mère ou le revenu du ménage. Devant ce buffet si bien garni, il nous a fallu faire des choix. Ainsi, a-t-on opté pour se concentrer sur les résultats observés par âge et sexe touchant directement l'alimentation des jeunes.

◆ Mais d'abord un bref portrait du milieu familial des jeunes...

Les habitudes et les comportements alimentaires chez les jeunes sont largement tributaires de leur milieu d'appartenance. Environ 70 % des jeunes québécois habitent avec leurs 2 parents et 8 sur 10 font partie d'une famille comptant au moins 2 enfants. L'enquête révèle par ailleurs que dans environ 40 % des cas, les mères des jeunes ont terminé des études collégiales ou universitaires alors qu'environ 18 % d'entre elles n'ont pas complété leur secondaire.

Au chapitre des conditions économiques, on note que près d'un enfant sur 6 (16 %) vit dans un ménage dont le niveau de revenu est faible ou très faible et environ un sur 10 est touché par l'insécurité alimentaire, c'est-à-dire par le manque de nourriture, la monotonie du régime alimentaire ou le fait de ne pouvoir prendre des repas équilibrés en raison de problèmes financiers des parents.

La présente enquête permet d'estimer à 43 % la proportion d'enfants de 6-11 ans qui se font garder dont près de la moitié bénéficient des services de garde à l'école.

◆ **Les services disponibles et les politiques en vigueur dans les écoles**

Les deux tiers des enfants fréquentent des écoles dotées d'une politique alimentaire ou de règlements concernant les collations ou le repas du midi. La présence de cette politique est toutefois associée à l'âge des enfants puisque plus des trois quarts des enfants de 6-11 ans fréquentent une école dotée d'une telle politique alors que cette situation concerne un peu plus de la moitié des adolescents.

Les données recueillies auprès des directrices et des directeurs d'école révèlent qu'environ 8 jeunes sur 10, peu importe leur âge, bénéficient d'un four à micro-ondes et 38 % d'un service de traiteur dans leur milieu scolaire. Les cafétérias sont mises à la disposition des adolescents dans la majorité des cas (74 % des 12-14 ans et 98 % des 15-16 ans). Par ailleurs, environ 27 % des jeunes de 12-14 ans et 47 % des adolescents de 15-16 ans fréquentent des écoles où on retrouve des distributeurs automatiques alors qu'environ 2 % des plus jeunes profitent d'un tel service. Environ 25 % des jeunes, tous âges confondus, ont la possibilité de recevoir des repas ou des collations gratuitement ou à coût réduit.

◆ **Les habitudes de vie et la santé**

L'enquête s'est penchée sur diverses habitudes de vie des jeunes, comme la consommation de tabac et d'alcool et l'activité physique, pouvant interagir avec l'apport nutritionnel afin d'influencer l'état de santé des jeunes. Divers aspects de l'état de santé physique et psychologique des jeunes, notamment l'estime de soi et la confiance en soi à l'école, sont également abordés. Parmi les habitudes de vie examinées, l'activité physique retient l'attention car elle constitue un élément clé dans le maintien de la balance énergétique et exerce de nombreux effets positifs sur la croissance et la maturation. Soulignons que la mesure de l'activité physique utilisée est subjective et que l'exploitation de ces données en relation avec l'alimentation reste à faire.

◆ **L'embonpoint et l'obésité très répandus**

La présente enquête a permis d'estimer, à partir de critères internationaux, qu'environ le quart des jeunes québécois de 6 à 16 ans souffrent d'un surplus de poids (embonpoint et obésité). Plus précisément, on estime qu'un peu plus d'un jeune de 6-8 ans sur 10 présente de l'embonpoint et cette proportion grimpe à environ 20 % parmi les groupes d'âge suivants. Quant au taux d'obésité, il se situe à environ 8 % chez les 6-11 ans tandis qu'entre 4 % et 10 % des adolescents, selon l'âge et le sexe, sont considérés obèses.

Nombre de jeunes mènent des actions concrètes afin de modifier leur poids ou leur apparence et ces comportements apparaissent à un jeune âge. Ainsi, 10 % des enfants de 6-8 ans tentent de perdre du poids. Ce pourcentage oscille autour de 20 % dans les groupes d'âge suivants et varie significativement selon le sexe parmi les 15-16 ans, où on observe qu'environ 11 % des garçons et 32 % des filles déclarent tenter de perdre du poids. Soulignons par ailleurs que même si les adolescentes et les adolescents de 12 à 16 ans présentant un excès de poids (embonpoint ou obésité) sont proportionnellement plus nombreux que les

autres à rechercher une perte de poids, environ 20 % des filles de cet âge ne présentant pas un excès de poids ont déclaré tenter de perdre du poids.

◆ **L'alimentation des jeunes québécois laisse à désirer à plusieurs égards**

Les consommations alimentaires des enfants et des adolescents québécois ne semblent pas optimales. Examinées sous l'angle des portions consommées dans les principaux groupes d'aliments, de leurs contributions aux apports en nutriments et de la fréquence de consommation de certains aliments, les habitudes alimentaires des jeunes révèlent en effet plusieurs lacunes.

Si on examine la consommation combinée des quatre groupes d'aliments du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* pour une journée donnée, on constate que moins de 20 % des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans consomment le nombre minimal de portions suggéré pour les quatre groupes d'aliments : produits céréaliers, légumes et fruits, produits laitiers et viandes et substituts. Plus précisément, les proportions d'enfants de 6 à 11 ans consommant les quatre groupes d'aliments selon les quantités minimales suggérées dans le guide alimentaire se révèlent très faibles, variant de 5 % à 11 %. Les suggestions du guide alimentaire canadien quant aux principaux groupes d'aliments sont par ailleurs suivies par 15 % des adolescents de 12-14 ans et 18 % des 15-16 ans. Dans l'ensemble, les filles font moins bonne figure puisque seulement 5 % à 7 % d'entre elles, selon l'âge, consomment les quantités minimales suggérées pour les quatre groupes.

Les fruits et les légumes ainsi que les produits laitiers constituent les groupes les moins consommés pour ce qui est des quantités suggérées. Ainsi, au moins un jeune de 6 à 16 ans sur deux (soit entre 50 % et 68 % selon l'âge) ne mange pas quotidiennement la quantité minimale suggérée de fruits et de légumes. Chez les 9 ans et plus, ce sont des proportions semblables ou encore plus élevées d'enfants qui prennent moins que les quantités recommandées de produits laitiers. Les filles de 12-16 ans seraient les plus faibles consommatrices de produits laitiers avec 9 adolescentes sur 10 ne consommant pas la quantité minimale de 3 portions par jour suggérée pour ce groupe d'âge. Quant aux produits céréaliers, parmi tous les groupes d'âge, ce sont les filles et les garçons de 6-8 ans qui sont les plus nombreux (31 % et 24 % respectivement) à ne pas consommer la quantité minimale de 5 portions suggérée dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. S'ils sont dans l'ensemble plus enclins à respecter les recommandations au chapitre des produits céréaliers, les jeunes se tournent vers les aliments les plus raffinés. Pain blanc, pâtes alimentaires et riz constituent en effet les aliments les plus populaires auprès des enfants au détriment des aliments les plus riches en fibres, soit les céréales et les pains à grains entiers. Enfin, signalons que toutes proportions gardées, plus d'adolescentes que d'adolescents mangent moins que 2 portions de viandes ou substituts par jour : près de 30 % chez les filles contre environ 7 % chez les garçons de 12-16 ans. Chez les 6-11 ans c'est entre 22 % et 30 % selon l'âge et le sexe qui ne consomment pas les quantités suggérées.

En examinant la contribution des groupes d'aliments aux apports en divers éléments nutritifs, on note que les produits céréaliers à grains entiers ou élevés en fibres ne fournissent

que 7 % des apports en fibres et que le lait ne fournit que 46 % des apports en calcium. Le yogourt ne s'affiche pas comme une source intéressante de calcium dans l'ensemble de la population des jeunes, puisque 39 % (6-11 ans) et 45 % (12-16 ans) de ceux-ci n'en avaient consommé aucune fois au cours des sept jours précédant l'enquête. En contrepartie, on observe que les autres aliments tels que les matières grasses, les sucres et confiseries, les boissons autres que les jus, les condiments et certaines pâtisseries occupent le deuxième rang quant à l'apport en énergie, en lipides et en glucides.

◆ **Des apports en énergie et en nutriments non optimaux**

Le choix et la variété des aliments influencent bien entendu les apports en énergie et en nutriments. Le volet nutrition de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* a permis d'estimer les apports médians en énergie, en macronutriments (protéines, lipides, acides gras, glucides et fibres) et en micronutriments (plusieurs vitamines, minéraux et électrolytes) des jeunes Québécois. Ces apports ont été comparés aux apports nutritionnels de référence disponibles à ce moment. De façon générale, on observe que les jeunes québécois sont relativement nombreux à ne pas bénéficier des apports nutritionnels jugés essentiels à leur développement optimal, en particulier à partir de l'âge de 9 ans. Au nombre des résultats les plus inquiétants, on note qu'une proportion élevée de jeunes consomme trop de lipides (> 35 % de l'énergie), particulièrement sous forme d'acides gras saturés, et un faible apport en énergie et en plusieurs micronutriments chez les adolescentes.

◆ **Les apports en énergie et en macronutriments : trop de gras saturés et pas assez de fibres...**

Les données de l'enquête révèlent que les apports en énergie augmentent avec l'âge chez les garçons alors qu'ils se stabilisent dès l'âge de 9-11 ans chez les filles, une situation qui reflète la consommation alimentaire. Au chapitre des points positifs, on note que la proportion de l'énergie provenant des protéines et des glucides correspond aux recommandations pour la plupart des jeunes. En contrepartie, celle provenant des acides gras saturés excède les valeurs acceptables chez une majorité de jeunes. Plus précisément, on observe qu'entre 61 % et 93 % des jeunes de 6 à 16 ans vont au-delà des recommandations quant à la contribution des gras saturés à l'apport en énergie (10 %). Par ailleurs, exception faite des garçons de 12 à 16 ans qui affichent un portrait un peu plus favorable, au moins 60 % des jeunes consomment 15 grammes de fibres par jour ou moins, ce qui de l'avis des auteurs du rapport semble insuffisant.

◆ **Les apports en micronutriments : des déséquilibres dans tous les groupes d'âge**

Peu de jeunes de 6 à 11 ans présentent des risques d'apports inadéquats en vitamines et minéraux. Si les apports en plusieurs vitamines du complexe B (thiamine, riboflavine et niacine) sont adéquats pour tous, on observe des apports inadéquats en acide folique, en vitamines B12 et C et en zinc chez les adolescentes, ce qui pourrait augmenter les risques d'anémie chez ce groupe. Les risques d'apports inadéquats en certains minéraux tels que le phosphore et le magnésium sont également particulièrement élevés chez les jeunes à partir de l'âge de 14 ans.

Dans tous les groupes d'âge, on observe un apport insuffisant en potassium et un excès de sodium (provenant presque totalement du sel de table), soit autant de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, entre autres, car le potassium est un nutriment permettant de limiter l'effet du sodium sur la pression sanguine. À partir de l'âge de 9 ans, les apports en calcium, un nutriment essentiel du système osseux, n'atteignent pas les apports recommandés pour une majorité de jeunes.

◆ **Des habitudes alimentaires moins favorables chez les adolescents**

L'information recueillie auprès des jeunes révèle également qu'environ 90 % des enfants de 6-11 ans prennent un petit déjeuner tous les matins. Ils sont cependant moins des deux tiers à le faire à partir de l'âge de 12 ans. De façon générale, les comportements nutritionnels des adolescents de 12 à 16 ans sont plus à risque que ceux des enfants : les aliments non nutritifs (friandises, croustilles, boissons gazeuses) sont consommés au moins une fois par jour par une proportion plus élevée d'adolescents que d'enfants (34 % des enfants de 6-8 ans c. 44 % chez les 15-16 ans). De plus, comparativement aux enfants de moins de 12 ans, une proportion plus élevée d'adolescents de 15 et 16 ans consomme fréquemment (trois fois par semaine ou plus) des aliments de restauration rapide (près d'un adolescent de 15-16 ans sur 10 c. moins de 3 % chez les enfants de 6-11 ans).

◆ **Le cadre social au souper : des aspects rassurants et d'autres inquiétants**

Les résultats obtenus décrivant le cadre social dans lequel se déroule le souper annoncent un environnement favorable. En effet, près de 90 % des jeunes souper en famille de trois à sept fois par semaine.

Du côté moins positif, on note que près de la moitié des jeunes écoutent fréquemment (toujours ou souvent) la télévision en souper. Ce comportement, souvent associé à de piètres habitudes alimentaires et à la présence d'obésité, augmente aussi avec l'âge pour atteindre un adolescent sur deux parmi les 15-16 ans.

Notons par ailleurs que la préparation du souper, au moins une fois par semaine, représente une réalité pour près de 60 % des adolescents de 15-16 ans (c. 43 % des 12-14 ans, 14 % des 9-11 ans et 4 % des 6-8 ans). Quand ils préparent leur souper eux-mêmes, la grande majorité des jeunes disent combiner les produits maison et les produits commerciaux, cette double orientation diminuant toutefois en fonction de l'âge en faveur de l'utilisation exclusive de produits maison. Au total, 30 % des adolescents de 15-16 ans utilisent exclusivement des produits maison lorsqu'ils préparent eux-mêmes le souper, les filles étant proportionnellement plus nombreuses que les garçons à le faire.

◆ **En bref...**

Les résultats de l'enquête révèlent que l'alimentation des jeunes québécois laisse à désirer à plusieurs égards et qu'une détérioration de la qualité de l'alimentation semble manifester à partir de l'adolescence.

Malgré la nécessité d'un apport énergétique moindre, la prévalence d'excès de poids reste élevée chez les adolescents. Même si la promotion de certains aliments

spécifiques peut être faite, c'est la qualité globale de l'alimentation qui doit être rehaussée pour assurer des apports adéquats.

Une alimentation plus saine et plus équilibrée est d'autant plus importante qu'il est largement reconnu que les enfants bien nourris présentent un meilleur rendement scolaire, notamment parce qu'ils sont moins malades et s'absentent moins. En fait, l'alimentation et le poids sont associés dans une toile causale dont font partie plusieurs variables liées à la santé. Comme le mentionnent les auteurs du rapport : « Il faut prendre le temps de manger, de bien manger et place à la qualité des aliments! ». Pour rendre « les choix santé faciles et durables dans une société [...] où mondialisation des marchés et industrialisation riment avec profits et vitesse », une intervention globale et concertée en promotion de la santé visant tant les individus que les environnements est requise.

Hélène Desrosiers
Agente de recherche

Les indicateurs comparables dans le domaine de la santé au Québec en 2004

En novembre 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a publié son deuxième rapport intitulé le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*. C'est en septembre 2002 que le Québec avait rendu public son premier rapport. Des documents similaires ont aussi été publiés dans les autres provinces et territoires à l'échelle du Canada.

Rappelons que ce projet est né en septembre 2000, alors que les premiers ministres s'engageaient, dans un communiqué sur la santé, à produire des rapports sur une série d'indicateurs comparables aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Cet engagement visait à accroître la responsabilité des administrations à l'égard de la population dans le domaine de la santé. À la suite de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé conclu par les premiers ministres, la série d'indicateurs produite en 2002 a été mise à jour afin de poursuivre le travail entrepris depuis 2000.

Dans le cadre de ce deuxième cycle de production d'indicateurs, la Direction Santé Québec (DSQ) a reçu le mandat d'analyser des indicateurs de santé provenant de données d'enquêtes de Statistique Canada et de fournir une expertise sur les aspects méthodologiques et techniques s'y rapportant. Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de ce mandat. Ainsi, Francine Bernèche de la DSQ a fait l'analyse des données et la rédaction des textes pour quatre indicateurs : perception de l'état de santé, tabagisme chez les adolescents, indice de masse corporelle et immunisation des personnes âgées de 65 ans et plus contre l'influenza. Sous la supervision de l'ISQ, Bertrand Nolin de l'Institut national de santé publique du Québec a analysé les données et rédigé le texte pour l'indicateur sur l'activité physique. Jimmy Baulne et Maxime Boucher de la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales (DMDES) de l'ISQ ont également contribué au projet en procédant au traitement des données. Pour ma part, en plus de gérer l'exécution du

mandat de la DSQ, j'ai participé aux activités du Comité de gestion sur le rapport de rendement des indicateurs comparables dans le domaine de la santé du MSSS ainsi qu'à celles du Groupe de travail technique sur les rapports de rendement (GTTRR).

Lucille Pica
Chargée de projet

Enquête auprès des communautés culturelles

◆ Les quatre fascicules de Faits saillants sur le profil de santé des immigrants

Les quatre fascicules de Faits saillants sur le profil de santé des immigrants en provenance de Chine, d'Haïti, du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que des pays hispanophones des Amériques ont été rendus publics le 19 janvier 2005. Les thèmes abordés dans les fascicules portent sur les caractéristiques démographiques de ces populations, le statut d'immigrant, les habitudes de vie, l'état de santé, le recours aux services de santé, la consommation de médicaments, le vécu pré-migratoire et post-migratoire, et finalement, sur l'environnement social.

Les données des quatre Faits saillants ont été tirées de l'*Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, réalisée par la Direction Santé Québec de l'ISQ. Le rapport complet de cette étude a été publié en 2002. L'étude visait les personnes de 18 ans et plus des quatre groupes d'immigrants mentionnés plus haut et leurs enfants mineurs résidant dans les régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie et ayant immigré entre 1988 et 1997. L'étude a rejoint 1 161 ménages, soit un total de 4 162 personnes, et a été réalisée en six langues, soit le français, l'anglais, le chinois, le créole haïtien, l'arabe et l'espagnol.

Les quatre fascicules de Faits saillants sur chacune de ces communautés culturelles ont été publiés en français, en anglais et dans la langue d'origine selon la communauté et peuvent être téléchargés à partir du site Web de l'ISQ (www.stat.gouv.qc.ca) dans le domaine « Société — Santé »

Lucille Pica
Chargée de projet

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003 (EIACA)

Malgré quelques petits retards dans la production de la base de données par Statistique Canada, les travaux de l'EIACA se sont poursuivis. Des rencontres du comité avisé, formé de représentants des ministères et de chercheurs universitaires ont eu lieu. Elles ont permis de préciser les thèmes stratégiques devant être traités dans le rapport québécois ainsi que d'élaborer le plan d'analyse.

Parallèlement, la Direction Santé Québec (DSQ) a participé à la rencontre internationale de l'EIACA (*Data sign-off meeting*) qui s'est tenue à Ottawa en octobre 2004. En novembre dernier, c'était au tour des représentants de Statistique Canada de faire une visite à l'Institut pour discuter de la production des rapports et de l'exploitation des données de l'EIACA. La rencontre a également permis de préciser, outre les modalités d'accès aux données et les questions méthodologiques, les plans d'analyse des différents rapports produits par Statistique Canada et celui du rapport québécois.

La DSQ a finalement reçu de Statistique Canada, au mois de janvier, une base de données. Cette base a été transmise à l'ISQ, partenaire de l'EIACA avec Statistique Canada, afin d'en vérifier la qualité. Elle pourra, dans la mesure où la qualité est satisfaisante, servir à la réalisation d'analyses préliminaires afin de faire avancer la production du rapport québécois. Toutefois, les analyses finales seront effectuées à la suite de la sortie publique de la base par Statistique Canada. Le rapport québécois est attendu pour l'automne 2005.

Stéphane Bernard
Agent de recherche

Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans : la table est dressée, les plats mijotent...

Les résultats du volet nutrition de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (ESSEA) sitôt publiés, nous préparons déjà activement un rapport sur la nutrition des enfants de 4 ans. Suivant le modèle du rapport portant sur l'alimentation des enfants de 6 à 16 ans, le document en préparation présentera les principaux résultats de l'Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans. Cette enquête, rappelons-le, a été menée en 2002 dans le cadre de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ), et fournit pour la première fois un portrait représentatif de l'alimentation des enfants avant leur entrée dans le système scolaire. Un menu à sept services, excluant l'introduction, sera offert aux personnes intéressées par l'alimentation des jeunes enfants. Après avoir présenté les aspects méthodologiques de cette enquête, le second chapitre du rapport s'attardera à décrire certaines caractéristiques des enfants et de leur milieu familial pouvant être associées à leur alimentation : fréquentation de services de garde, caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des parents, insécurité alimentaire, état de santé général, embonpoint et obésité seront au nombre des aspects abordés. À partir des données des rappels alimentaires de 24 heures, trois chapitres présenteront le profil de

consommation alimentaire des enfants de 4 ans, soit successivement les apports en énergie et en nutriments (macronutriments et micronutriments), les choix alimentaires en ce qui concerne les groupes d'aliments et leur conformité avec le guide alimentaire canadien. Un dernier chapitre d'analyse abordera certains comportements en matière d'alimentation tels que la fréquence du petit déjeuner, l'écoute de la télévision lors des repas, la consommation de repas hors du foyer et le climat au moment des repas. En conclusion, on dressera un bilan des résultats et on tentera de dégager des pistes de recherche et des éléments de réflexion pour l'intervention. Mentionnons que certaines comparaisons pourront être établies avec les enfants plus vieux visés par l'ESSEA. Tous les ingrédients sont maintenant disponibles et l'ISQ et ses collaborateurs externes mettent tous la main à la pâte pour préparer un repas nourrissant et équilibré pour l'automne 2005!

Hélène Desrosiers
Responsable de la publication et
coauteure du rapport

Carl Drouin
Coordonnateur de l'enquête

Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire

◆ Quoi de neuf?

L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire porte désormais le nom d'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire. La collecte des données s'est déroulée du 1^{er} novembre au 3 décembre 2004 auprès de 4 723 élèves de la 1^{re} à la 5^e secondaire inclusivement, répartis dans 176 écoles, francophones ou anglophones, publiques ou privées. Dans sa quatrième édition, l'enquête poursuit sa mission de surveillance. Le rapport, qui paraîtra en novembre 2005, fera ainsi une mise à jour des résultats présentés dans l'édition de 2002 relativement à l'ampleur du phénomène tabagique chez les élèves du secondaire (incluant la fréquence de consommation, la quantité de cigarettes consommées, l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement et la prévalence de l'usage du cigare) ainsi que sur certains facteurs associés à l'adoption, au maintien ou à l'abandon de cette habitude tels que l'attitude à l'égard de l'usage de la cigarette, la dépendance et le renoncement au tabagisme, etc. Le rapport 2005 rendra également compte de l'évolution des comportements à risque associés au tabagisme tels que la consommation d'alcool et de drogues par les élèves ainsi que la participation à des jeux de hasard et d'argent. Dans la mesure du possible, le rapport 2005 fera finalement état de l'évolution du tabagisme et des comportements à risque qui lui sont associés depuis 1998. Le lecteur intéressé par le tabagisme chez les élèves du secondaire pourra avoir un aperçu des résultats de l'enquête 2004 en consultant les fascicules qui paraîtront sur le site Internet de l'ISQ (www.stat.gouv.qc.ca) à l'automne 2005.

Gaëtane Dubé
Chargée de projet

Un nouveau départ pour l'ÉLDEQ!

La deuxième phase de l'ÉLDEQ est bien amorcée... La collecte du huitième passage débute en mars prochain. Les enfants sont en première année depuis septembre 2004. Il y a même un questionnaire spécialement pour eux. Parce que l'enfant de l'ÉLDEQ grandit et pour souligner son entrée à la VRAIE école... le logo et le slogan ont changé! « Je suis Je serai » remplace maintenant « En 2002... J'aurai 5 ans! », avec en plus de nouvelles couleurs. Un site de l'ÉLDEQ « Je suis Je serai » est en développement ainsi qu'une nouvelle adresse de courriel.

Un troisième fascicule du volume 3 a aussi été publié par Tamarha Pierce, professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval et chercheure de l'ÉLDEQ avec la collaboration de Ghyslaine Neill et Hadi Eid de l'équipe de l'ÉLDEQ/ISQ. Il s'intitule « Je suis capable tout seul! Sentiment d'efficacité et conduites coercitives réactives chez les mères de nourrissons devenus bambins ». On y décrit l'évolution simultanée du sentiment d'efficacité et de la coercition réactive des mères au cours des 29 premiers mois de vie de l'enfant. D'autres publications suivront. Les données se bonifient avec le temps et c'est tant mieux!

Bertrand Perron
Coordonnateur de l'enquête
et l'équipe de l'ÉLDEQ

Violence familiale envers les enfants

Une très bonne nouvelle concernant l'enquête La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004 : le volet pères est en cours de réalisation. Le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE) et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont uni leurs ressources financières pour réaliser ce volet. En fait, 953 pères ont participé à l'enquête entre mai et septembre derniers. Ils ont répondu à un questionnaire semblable à celui des 3 148 mères qui, elles, l'ont fait entre janvier et juillet 2004.

L'analyse des données est en cours et un fascicule dévoilant les premiers résultats paraîtra dès la fin de février. On apprendra alors comment ont évolué les conduites parentales envers les enfants mineurs au cours des cinq dernières années selon les déclarations des mères, tant la discipline non violente que les conduites à caractère violent, c'est-à-dire l'agression psychologique ou la violence physique mineure ou sévère. Les pères ayant participé en 2004, leurs attitudes et perceptions concernant la discipline envers les enfants pourront être comparées avec celles des mères.

Un portrait évolutif et global de la situation pourra donc être tracé. Le rapport général permettra entre autres de connaître les facteurs associés aux diverses attitudes et conduites des pères et des mères. Il est prévu pour novembre 2005.

Jacinthe Aubin
Chargée de projet

◆ Congrès de l'ACFAS

Le 11 mai dernier, lors du Congrès annuel de l'ACFAS tenu à l'Université du Québec à Montréal, Lucie Gingras (DSQ) a présenté une communication intitulée « Caractéristiques sociodémographiques associées aux sorties d'une situation de faible revenu dans la petite enfance » (colloque Le devenir des enfants. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*) (auteures : Hélène Desrosiers, Lucie Gingras et Ghyslaine Neill).

◆ Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS)

Daniel Tremblay a participé aux réunions du Bureau de direction de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS) qui ont eu lieu à Paris au début de novembre. Il est membre du comité organisateur du forum franco-québécois intitulé « Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles » qui aura lieu à Québec, les 24 et 25 mai prochains. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté l'OFQSS pour organiser cet événement qui réunira 300 invités experts et acteurs du domaine de la santé provenant de France et du Québec.

◆ Journées annuelles de santé publique

Le 29 novembre 2004, lors de la journée intitulée « Les technologies de l'information : un apport essentiel à la pratique de la surveillance de l'état de santé de la population », Yrène Gagné, de la Direction des statistiques économiques et sociales, et Brigitte Beauvais, de la Direction Santé Québec, ont présenté la Banque de données des statistiques officielles sur le Québec (BDSO). La démonstration de l'application portait sur les données provenant des enquêtes de population. Carole Daveluy y a fait le bilan des présentations portant sur trois exemples de produits disponibles : les indicateurs de santé de Statistique Canada, le logiciel Éco-Santé Québec et la BDSO.

Les présentations PowerPoint des conférences sont disponibles à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/jasp.

Toujours dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, le 30 novembre 2004, l'ISQ organisait une journée intitulée « L'alimentation des jeunes québécois : un portrait attendu, des actions bienvenues » concernant les résultats de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (ESSEA); celle-ci a permis aux auteurs du rapport de présenter les principaux résultats de l'enquête et aux divers chercheurs et intervenants rassemblés pour l'occasion de discuter de l'utilisation des données pour la promotion d'une saine alimentation chez les jeunes ainsi que pour l'élaboration de politiques et de programmes de prévention en santé publique. Cette activité a été organisée et animée par Claire Fournier de la Direction Santé Québec. Jacinthe Aubin de la même direction ainsi que Marie-Ève Tremblay de la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales ont également participé à titre de conférencières.

◆ Colloque francophone sur les sondages

Cet important colloque aura lieu à Québec du 24 au 27 mai prochain. Ce sera la première fois que ce colloque se tiendra en dehors de l'Europe. L'ISQ en est un des organisateurs et on peut trouver l'information sur le site Web suivant : www.crm.umontreal.ca/sondage2005.

Nouvelles publications

- CAMIRAND, Jocelyne, et Jacinthe AUBIN (2004). *L'incapacité dans les familles québécoises : composition et conditions de vie des familles, santé et bien-être des proches*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 204 p.
- LAFONTAINE, Pierre, et May CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec*, rapport conjoint du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Institut de la statistique du Québec, Montréal, 68 p.
- LAVALLÉE, Claudette (2004). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 166 p.
- PICA, Lucille (2004). *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants originaires du Maghreb et du Moyen-Orient*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 8 p. (Ils sont aussi disponibles en anglais et en arabe).
- PICA, Lucille (2004). *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine chinoise*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 8 p. (Ils sont aussi disponibles en anglais et en chinois).
- PICA, Lucille (2004). *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants d'origine haïtienne*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 8 p. (Ils sont aussi disponibles en anglais et en créole).
- PICA, Lucille (2004). *Faits saillants de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 sur les immigrants originaires des pays hispanophones des Amériques*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 8 p. (Ils sont aussi disponibles en anglais et en espagnol).

Utilisateurs de nos données

- CLÉMENT, M.-È., C. CHAMBERLAND et J. AUBIN (2004). *Présentation de la prochaine enquête panquébécoise sur la violence familiale*, Communication présentée au 72^e Congrès de l'ACFAS, Mai, Montréal, UQAM.
- CLÉMENT, M.-È., C. CHAMBERLAND et J. AUBIN (2004). « Re conduite d'une enquête provinciale sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec », *Canada's Children, Les enfants du Canada*, vol. 10, n^o 3, p. 25-30.
- OBSERVATOIRE FRANCO-QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ (2004). « Inégalités sociales de santé », « Santé, société et solidarité », revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, n^o 2, 216 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2004). « L'incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité chez les adultes québécois », *StatFlash*, n^o 19.
- PARADIS, G., M. LAMBERT, J. O'LOUGHLIN, C. LAVALLÉE, J. AUBIN, P. BERTHIAUME, M. LEDOUX, E. E. DELVIN, E. LÉVY et J. A. HANLEY (2003). « The Quebec Child and Adolescent Health and Social Survey : Design and methods of a cardiovascular risk factor survey for youth », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 19, n^o 5, p. 523-531.
- ROSSIGNOL, M. (2004). « Primary osteoarthritis and occupation in the Quebec national health and social survey », *Occupational and Environmental Medicine*, n^o 61, p. 729-735.

Pour tout renseignement concernant un article de ce bulletin, veuillez vous adresser à :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919
www.stat.gouv.qc.ca

La version PDF de ce bulletin est consultable sur le site Web de l'Institut.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1492-935X

© Gouvernement du Québec